



## Психопатология. Часть I *В.А. Жмуров*

### ПРЕДИСЛОВИЕ

- Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЯ
- ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ВОСПРИЯТИЯ И ОБРАЗОВ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
- ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ВНИМАНИЯ
- ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ
- ГЛАВА 5. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ
- ГЛАВА 6. НАВЯЗЧИВЫЕ ЯВЛЕНИЯ
- ГЛАВА 7. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ
- ГЛАВА 8. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ВОЛИ (ПОВЕДЕНИЯ)

### **Предисловие**

Первый небольшой тираж книги разошелся очень скоро. Это не связано с ее преимуществами перед другими того же типа книгами. Дело, скорее в том, что работы подобного рода публикуются слишком редко, хотя спрос на них всегда был большим. Как ни нужны исследования частных проблем, журналы, справочники, сборники, они все же не дают целостной картины психической патологии. Психопатология вообще имеет важное значение. Именно она

представляет фундамент клинической психиатрии. Тем не менее утилитарные аспекты — не самое главное в психопатологии. Она — необходимая составная часть науки о человеке, его внутреннем мире, нарушениях личности в специфических условиях болезни индивидуума и общества. Обостренная потребность современного человека в самопознании раскрывает перед нею далекие горизонты будущего и, конечно же, налагает на всех пишущих на эту тему тяжелый груз ответственности.

Со времени выхода первого варианта книги автор получил немало замечаний и пожеланий. Значительная часть указанных, а также замеченных самим автором упущений в настоящем издании устранена. Добавлен новый клинический материал, заново переработаны отдельные разделы (психология сознания, личности, половые отклонения, мотивация опьянения, патология самосознания, припадки), переформулированы неудачные определения. Книга, как надеется автор, обогатилась также в концептуальном плане, хотя, конечно же, доминируют прикладные ее аспекты. Структура осталась прежней, традиционной, но клинический материал ряда разделов перегруппирован в более осмысленные структуры. Кроме того, предложены оригинальные подходы к систематике некоторых расстройств (патология самосознания, припадки, опьянение, психомоторное возбуждение, типология самоубийства, аффективные синдромы), что облегчит, как мы надеемся, восприятие соответствующих фрагментов патологии. Значительно больше места уделено неглубоким нарушениям психической деятельности, что может привлечь внимание врачей других специальностей, психологов, педагогов, юристов. Добавлено описание важнейших болезненных состояний из психопатологии детского и подросткового возраста, причем это была попытка не внешнего, искусственного наслаивания, а органического включения их в избранную для книги ткань изложения.

Разумеется, не все пожелания читателей были приняты во внимание, а замеченные недостатки устранены.

Выражаю признательность близким, друзьям и коллегам за поддержку, добрую и очень полезную критику моего первого опыта. Благодарю Геннадия Тимофеевича Красильникова за множество тонких и очень важных советов. Буду рад получить от читателей этой книги отклики и новые пожелания. К сожалению, автор не имел возможности привести описание некоторых расстройств в соответствие с МКБ-10 в случаях расхождений, которых не очень много. Читатель без труда может это сделать сам.

**В. А. Жмуров.**

## **1.1. Психология ощущения**

Ощущение— исходная ступень познавательной деятельности. Благодаря ощущению внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов («горячий», «кислый» и т. п.).

Различают такие виды (модальности) ощущений: оптические, акустические, обонятельные, вкусовые, тактильные, температурные, висцеральные, кинестетические, статические, болевые. В рамках ряда видов чувствительности существуют субмодальные ощущения. Зрительные субмодальности, к примеру, это ощущения красного, зеленого и т. д. Ощущения могут быть сгруппированы по функциональному признаку. Экстероцептивные ощущения — это источник внешней информации, интероцептивные — внутренней, проприоцептивные и статические — информации о движении и положении тела. В эволюционном плане различают протопатические и эпикритические ощущения. Протопатические, древние ощущения малодифференцированы, лишены четкой локализации, тесно связаны с эмоциями и витальными процессами организма.

Эпикритические, или дискриминативные ощущения, эволюционно более «молодые», четко дифференцированы, организованы для восприятия внешних стимулов и непосредственно связаны с процессами мышления. Ощущения имеют ряд психологических свойств.

**Абсолютный порог чувствительности (порог восприятия)** — минимальная интенсивность стимула, при которой осознается соответствующее ощущение. Так, 5—8 фотонов достаточно, чтобы увидеть светящуюся точку. Величина порога восприятия изменчива и колеблется в зависимости от уровня бодрствования, значения сигналов, психологического состояния (направленности внимания, настроения, ожиданий и т. п.). Известно, к примеру, что порог восприятия стимулов с негативной эмоциональной окраской повышен — перцептивная защита. Предполагают, что эта «цензура» связана с субдоминантным (эмоциональным) полушарием.

Существует также физиологический порог восприятия— минимальная интенсивность стимула, при котором возбуждается рецептор. Например, для возбуждения рецептора в сетчатке глаза достаточно одного фотона. Физиологический порог восприятия контролируется генетическими факторами, зависит от возраста, соматического состояния.

Зона чувствительности, расположенная между упомянутыми порогами восприятия, состоит из сообщений, поступающих от рецепторов в мозг, но не достигающих порога сознания. Предполагают, что такие «подпороговые» сигналы обрабатываются низшими центрами мозга и вызывают иные реакции, чем осознанные сигналы.

**Чувствительность к различению** — способность дифференцировать сигналы разной силы, к примеру, вес 100 г и

105 г. Вес 5 г является в данном случае величиной порога различения. Чувствительность к различению может быть очень высокой, если она имеет жизненно важное значение. Так, эскимосы различают 70 оттенков освещенности снега. Она колеблется также в зависимости от психического состояния. Субъективная оценка самочувствия является поэтому обманчивой. «Улучшение» самочувствия может быть при ухудшении объективных показателей здоровья и наоборот, что особенно часто связано с психическими нарушениями.

**Адаптация и сенсibilизация** — изменение чувствительности к повторяющимся стимулам. При адаптации чувствительность уменьшается на уровне рецепторов. Привыкание на уровне ретикулярной формации называют габитуацией. Сенсibilизация — это повышение чувствительности к повторяющимся слабым сигналам.

**Структурная сложность ощущений.** Структура ощущения складывается из рецептивного компонента (импульсация из рецепторов) и эмоционального компонента (аффективного тона ощущения, приятного либо неприятного). При выпадении первого наблюдается анестезия, при выпадении второго — субъективное ощущение выпадения чувствительности.

**Влияние на психический тонус.** Гиперстимуляция угнетает психическую активность, в частности, показатели внимания, памяти. При сенсорной изоляции наблюдается компенсаторное повышение психической активности. В условиях эксперимента сенсорная изоляция приводит к появлению обманов восприятия, нарушениям самосознания, резкому ослаблению интеллектуальных функций.

Очень важной является проблема боли. Установлено, что на восприятие боли значительное влияние оказывают личностные факторы, психическое состояние, традиции культуры. Известно, что эмоциональные люди более чувствительны к боли, чем бесчувственные, холодные. Страх, тревога, депрессия повышают восприимчивость к боли. Боль, если она воспринимается как искупление вины или способ решения проблемы переносится иначе, чем боль у наркомана или пациента, который манипулирует окружающими посредством болезни. Переживание боли связано и с социокультурными факторами. Известны, к примеру, племена, у которых боли во время родов испытывают не женщины, а мужчины. Существуют различные виды боли. Широко распространены, так называемые психические боли, не имеющие органической основы. В происхождении хронического болевого синдрома психический фактор также имеет большое значение. Предполагают, что феноменология боли и депрессии имеют много общего, как и механизмы их развития. Адаптации и габитуации к боли не наступает, но существует сенсibilизация к боли. Боль имеет адаптивное значение. Чаще, однако, она является одним из наиболее тягостных симптомов болезни. Говорят, что единственный вид боли, который мы хорошо переносим, это боль другого человека. Ряд

психических расстройств сопровождается переживанием интенсивной боли.

Патология элементарной чувствительности является частым признаком заболевания центральной и периферической нервной системы, поражений органов чувств. Так, при нервных болезнях встречаются парестезии, гипестезии, гиперестезия, гиперпатия и ряд других нарушений. При психических заболеваниях наблюдаются иные по своим проявлениям и механизмам развития расстройства ощущений; многие из них обозначаются неврологическими терминами. В психиатрической практике наиболее распространены изменения интенсивности ощущений (анестезия, гипестезия, болезненная психическая анестезия, гиперестезия, несоразмерные восприятия, а также сенестопатии, сенестезии, синестезии, нарушения восприятия качества цвета.

Вначале коротко упомянем о неврологических нарушениях чувствительности:

- анестезия — выпадение чувствительности. Это: аносмия — утрата обоняния, агеизия — вкусовой чувствительности, акузия — глухота, амавроз — потеря зрения, аналгия — чувства боли, астереогноз — способности узнавать предметы на ощупь;
- гиперестезия — патологическое усиление чувствительности;
- гиперпатия — усиление чувствительности; ощущения при этом приобретают болевой оттенок, а слабые раздражители не воспринимаются. Пациент к тому же не может точно локализовать место нанесения раздражения;
- дизестезия — искажение качества ощущений (прикосновение расценивается как боль, тепло — как холод и т. п.);
- полиестезия — нарушение, при котором единичное раздражение воспринимается как множественное, в разных точках одновременно;
- синестезия — раздражение одновременно ощущается в симметричной точке на другой половине тела;
- парестезия — ложные ощущения покалывания, ползания мурашек в зоне иннервации поврежденного чувствительного нерва.

## 1.2. Психопатология ощущений

**Изменения интенсивности ощущений.** Анестезия (выпадение), гипестезия (понижение) одного или нескольких видов чувствительности могут быть выявлены объективными методами исследования. Частным случаем анестезии в психиатрической практике является аналгия или аналгезия — утрата болевой чувствительности. Она наблюдается, в частности, при острых психотических состояниях, сопровождающихся обманами

восприятия, аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Психотические пациенты, совершающие попытки самоубийства или членовредительства, в последующем сообщают, что совершенно не испытывали боли даже при обширных и глубоких самоповреждениях. Болевая чувствительность затем восстанавливается по мере улучшения психического состояния. Снижение или утрата чувства боли возникает в гипнотическом трансе, в аффекте, в состояниях глубокой депрессии, при оглушении сознания, в опьянении, во время глубокой медитации, а также свойственна личностям, обедненным эмоционально. Потеря поверхностной болевой чувствительности встречается при прогрессивном параличе. Разнообразные явления анестезии и гипестезии могут быть выявлены у больных истерическим неврозом, а также истериформными расстройствами иной этиологии. В основе истерических выпадений чувствительности лежат психологические механизмы избирательного внимания (вытеснения). Локализация, область распространения и вид анестезии соответствуют житейским представлениям пациентов о проявлениях ожидаемой болезни и топографии зон чувствительности.

**Болезненная психическая анестезия.** Субъективное и кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное выпадением эмоционального тона ощущений. Объективное исследование обычно не выявляет снижения чувствительности, так как рецептивный компонент ощущений остается неизменным. Подробнее об этом излагается в главе о патологии самосознания.

**Гиперестезия.** Субъективное усиление одного либо нескольких видов элементарной чувствительности. При гиперестезии может усиливаться как рецептивный компонент ощущений (например, звуки кажутся необычайно громкими), так и аффективный (болевой) тон ощущений (звуки «раздражают», вызывают «боль», хотя интенсивность их «не меняется». Так, при астении более заметен рецептивный, а при депрессии — эмоциональный компоненты ощущений.

**Гипералгезия.** Повышение болевой чувствительности встречается при различных патологических состояниях, в частности, при депрессии. Усиление чувства боли характерно для легких депрессий, тревоги, страхов, может быть связано с суггестией, с соответствующими ожиданиями, Petrilowitsch (1970) указывает, что повышение интенсивности болевых ощущений у депрессивных пациентов может достигать степени «алгической меланхолии», подчеркивая, как об этом упоминали и другие исследователи, что депрессии вообще могут манифестировать рецидивами или интенсификацией хронических болевых синдромов. С углублением депрессии болевая чувствительность притупляется либо полностью блокируется. По восстановлению чувствительности к боли пациенты сами могут заметить факт ослабления депрессии. Чаще они все же расценивают появление болей как признак ухудшения, тогда как объективно симптомы депрессии смягчаются. Усиление болей,

связанных с ранее перенесенными заболеваниями, нередко наблюдаются в состоянии опийно-морфинной абстиненции. В случаях хронической боли она может быть связана с установками личности.

**Оптическая гиперестезия.** Усиление зрительных ощущений проявляется в том, что освещение предметов кажется пациентам более интенсивным, чем это фиксируется нормальным восприятием. Обычный по силе свет ослепляет, режет глаза, раздражает, быстро утомляет зрение. Шрифт печатного текста видится «выпуклым, граненым, готическим». Контуры предметов воспринимаются подчеркнуто резко, цвета — чрезмерно насыщенными и яркими, полутона и оттенки цвета обозначены с излишней, рельефной четкостью.

**Акустическая гиперестезия** — усиление слуховых ощущений. Рядовые по интенсивности звуки кажутся невыносимо громкими, оглушают, воспринимаются с ощущением физической боли, раздражают. «Не переносу, шума, стука, разговоров — настолько они мучают. Звуки буквально бьют по мозгам, проникают в череп, голова, кажется, раскалывается от них...».

**Вкусовая и обонятельная гиперестезия** — усиление вкусовых и обонятельных ощущений. Проявляется жалобами на усиление соответствующих ощущений. Касается разных вкусовых и обонятельных раздражителей, может быть также избирательной, когда не переносится, например, запах пищи, бензина, табака и т. п.

**Гиперестезия кожного чувства** — усиление ощущений кожного чувства. Наиболее отчетливо проявляется в отношении тактильных и температурных ощущений. Легкое касание к телу воспринимается грубым, раздражающе резким, болезненным. Одежда «впивается в тело, давит, стесняет, жмет...». «Ощущаю каждую складку на постели... Чувствую малейшее движение воздуха — мерзнет спина, бок... Не могу расчесываться — больно до волос дотронуться...».

Встречаются жалобы, отражающие повышение мышечно-суставного чувства. Больные «вынуждены» постоянно менять позу, положение частей тела, так как не могут оставаться в покое из-за возникающих вскоре ломоты, дискомфорта, неприятных тянущих ощущений.

**Несоразмеримые восприятия.** В сообщениях больных встречаются указания на усиление интероцептивных ощущений: «Сердце бьется тяжело, сильно, ударяет как кувалдой... Пульс молотком стучит в висках и во всем теле... Стоит немного поесть, как желудок кажется переполненным... Чувствую, как продвигается пища по пищеводу...» (Корсаков, 1913).

### 1.3. Сенестопатии

Сенестопатии (Dupre, Camus, 1907), «психосоматические ощущения» (Wernicke, 1906) или «сенсации» — особая разновидность

патологических ощущений, которым свойственны следующие клинические признаки:

— полиморфизм — разнообразные боли, ощущения жжения, холода, тяжести, наполнения, электризации, движения;

— необычный, нередко весьма вычурный характер, в связи с чем пациенты с трудом формулируют свои жалобы;

— неприятный, тягостный, порой необычайно мучительный аффективный тон ощущений, созвучный тревожно-депрессивному настроению (сенестопатии крайне редки в маниакальных состояниях). «Боли дикие, невыносимые, животные, сумасшедшие». Иногда, по сообщениям больных, интенсивная физическая боль переносится легче, чем сенестопатии;

— не свойственная симптоматике соматических заболеваний локализация — неопределенная, разлитая, часто меняющаяся, мигрирующая, или ограниченная причудливыми топографическими зонами;

— упорный, назойливый, неотступный характер появления, прикованность внимания к патологическим ощущениям. Пациенты указывают, что болезненные ощущения «преследуют», «не дают покоя», «не дают возможности отвлечься на что-то другое»;

— не типичная проекция сенестопатических ощущений, если иметь в виду их сенсорную модальность. Так, ощущения жжения, холода или движения могут восприниматься «внутри головы». Мнимые экстероцептивные ощущения проецируются в данном случае в зону интероцептивной чувствительности. Как видно, структура сенестопатий включает помимо прочих также элементы нарушения самосознания.

Сенестопатий могут быть постоянными, эпизодическими, но иногда возникают и в виде приступов, острых атак, что позволяет говорить о сенестопатических кризах. Приступы сенестопатий, обычно ярких, множественных и разнообразных, нередко сопровождаются паническими реакциями, вегетативными расстройствами, страхом сумасшествия, выразительными позами и жестами, особыми защитными действиями.

Следует иметь в виду, что сенестопатий не связаны с местными нарушениями, хотя и локализуются пациентами в разных органах и частях тела.

Существуют различные подходы к оценке клинического значения сенестопатий и их классификации. Так, А. К. Ануфриев (1978) при скрытой депрессии различает пять видов сенестопатий: сердечно-сосудистые, центрально-неврологические, абдоминальные, костно-мышечно-суставные и кожно-подкожные. По мнению автора, наиболее часто наблюдаются сердечно-сосудистые и центрально-



неврологические сенестопатий (боли и другие неприятные ощущения в области сердца и головы). По данным L. J. Becker (1968), сенестопатий встречаются во всех органах и частях тела, не связанных между собой какой-либо единой функцией. Полагают, что локализация сенестопатий может иметь некоторое диагностическое и прогностическое значение. Возможно, что топика сенестопатий отражает представления о важности того или иного органа, который, по мнению пациента, оказался пораженным.

Как известно, включение разных частей тела в структуру «Я», завершающееся в раннем детстве, идет постепенно и процесс этот движется от центра к периферии. Следует, вероятно, ожидать, что перемещение сенестопатий с локализацией на поверхности тела на область внутренней чувствительности связано с поступательным развитием заболевания и, напротив, тенденция перехода сенестопатий ближе к поверхностным структурам может рассматриваться как благоприятный признак.

Другой подход основан на учете особенностей клинической структуры сенестопатий. Как показал F. L. Fourny (1954), сенестопатий в начале болезни чаще всего имеют определенную локализацию и известное сходство с соматическими симптомами. В дальнейшем они утрачивают строгую топографическую очерченность, становятся диффузными, приобретают необычный, вычурный характер. Это было подтверждено другими исследователями. Установлено, что на ранних этапах развития шизофрении сенестопатий проявляются преимущественно алгическими ощущениями, сходными с соматически обусловленными болями (Гутенева, 1979, 1980; Басов, 1980). Сенестоалгические ощущения имеют различную, большей частью ограниченную локализацию, бывают длительными, стойкими либо возникают в виде коротких эпизодов. В последующем клиническая картина сенестопатий усложняется. Возникают термические ощущения, сенестопатий с ощущениями движения, диффузные, мигрирующие или локализованные в точках, определенных органах. Позднее они приобретают характер, близкий к галлюцинациям и бредовым идеям, трансформируются в тактильные галлюцинации, галлюцинации общего чувства (Ушаков, 1973; Ануфриев, 1978; Остроглазов, 1975). Наконец, сенестопатий нередко включаются в структуру галлюцинаторно-параноидных состояний, проявляясь с качеством «сделанности», и парафренных ипохондрических состояний (с фантастической бредовой трактовкой).

Развитие сенестопатий идет в соответствии со следующей закономерностью от относительно простых, напоминающих соматические, патологические ощущения, по пути ко все более сложным, полиморфным, причудливым, обретающим предметные очертания и имеющим необычную локализацию. В соответствии с указанной закономерностью и учетом таких психологических характеристик как сенсорная модальность, локализация, проекция и степень выраженности эпикритических черт, могут быть разграничены следующие клинические варианты сенестопатий.

**Элементарные сенестопатии.** Они лишены ясно выраженной сенсорной модальности, определенной локализации, качеств, — присущих дискриминативной чувствительности; проецируются на область внутренних ощущений, тесно связаны с аффективными нарушениями. Больные с тревожной депрессией описывают свое физическое самочувствие следующим образом: «Состояние внутреннего напряжения... Внутри все напряглось, натянулось, как струна, вот-вот лопнет...». Состояние страха сопровождается иными ощущениями: «Все оцепенело внутри, замерло, как будто оборвалось что» Состояние тоски выражается так: «Тяжесть внутри, давление, стеснение, душа ноет, щемит, млеет». Указанные элементарные ощущения нередко возникают на фоне генерализованных нарушений коэнестезии (общего чувства тела): «Весь разбитый, все тело болит, как изжеванный, живого места нет... Все внутри дрожит, трясется, трепещет, колыхается, ходуном ходит, волнами перекачивается...». Ощущения последнего рода могут, вероятно, расцениваться и в контексте нарушений самовосприятия (соматопсихическая деперсонализация).

**Простые сенестопатии.** Характеризуются четкой сенсорной модальностью (боли, термические ощущения, разнообразные парестезии). Локализация диффузная либо ограничена определенными топографическими зонами или органами («голова», «бок», «подреберье» и т. п.). Проецируется на область соответствующего вида чувствительности (например, парестезии — на область кожной чувствительности). Можно разграничить следующие виды простых сенестопатии:

**Алгические сенестопатии** — это болевые ощущения, отличающиеся необычайным богатством всевозможных оттенков: сверлящие, жгучие, острые, тупые, мозжащие, распирающие, сжимающие, рвущие, разламывающие, прокалывающие, ноющие, свербящие, выворачивающие, тянущие, грызущие, ломящие, режущие, стреляющие и др. У одного и того же больного нередко можно встретить самые различные виды алгических ощущений. Иногда больные определенным образом группируют их с тем, чтобы разобраться в них самим, полнее информировать врача о своем самочувствии. Боли могут быть постоянными или возникать в виде приступов, молниеносных пароксизмов, в течение ряда лет локализоваться только в одной части тела или появляться в разных местах. Психологическая структура алгических сенестопатии относительно проста. Как и боли они сохраняют тесную связь с аффективными нарушениями, чаще всего с депрессией. Редко встречаются «приятные» боли. Алгии могут возникать также психогенным путем, по механизмам психосоматической конверсии — истерические алгии.

**Термические сенестопатии:** «Жжение подошв... Как горит между лопатками... Все тело огнем горит, а внутри холод... Щека будто обмерзает...».

**Сенестопатии в виде парестезии** — ощущений ползания мурашек, щекотания, зуда, пощипывания, онемения, электризации, покалывания: «Мурашки в пахах... Зуд в ногах ниже колен... Щекотание на голове... Кисти онемели и иголками тычет... Немеют щека и десны... Пощипывает, будто электричеством...».

**Сенестопатии с ощущением физической тяжести, реже — необычной легкости какой-либо части тела:** «Тело тяжелое, как свинцом налито... Как будто груз на плечах... Рука тяжелая, кажется, не в силах поднять ее... С трудом удерживаю голову — до того тяжелая... Голова легкая, будто воздухом накачали... Тело легкое, как воздушный шар...». Трудно сказать, насколько правомерна трактовка патологических ощущений последнего типа как сенестопатии.

В начале статичные, простые сенестопатии в последующем становятся подвижными, мигрирующими: «Жжение расплывается по сторонам, появляется в разных местах... Боли ходячие, плавающие, бродячие... Мурашки поднимаются от крестца к затылку...». Проекция их все еще не нарушается. Постепенно выявляется тенденция ко все более точной и дифференцированной локализации сенестопатии: «Боль по участкам на голове... Болит кожа... Боль внутри головы... Боли в костях... Болит позвоночник... Поверхностное жжение в предплечье... Пощипывает вокруг глаз...».

**Психосенсорные сенестопатии.** Представляют собой патологические ощущения с признаками объемности, размерности, направленности и чертами сходства с явлениями аутометаморфозии: «В груди разбухает, увеличивается, расширяется, вытягивается... Внутри скручивается, сворачивается, сжимается, собирается... Давит на лоб изнутри... В голове вращается, крутится... Давит на голову снаружи по направлению к центру... Боль косая, слева вверх...». Нередко сопровождаются мимолетными ощущениями увеличения, уменьшения размеров или расположения соответствующей части тела: «Боли в суставах, их точно выкручивает в другую сторону... Сдавливает голову, и она будто уменьшается... Распирает грудь, она вроде поднимается... Болят ноги, их будто растягивает...». Одновременно у больных могут быть выявлены истинные расстройства схемы тела.

**Интерпретативные сенестопатии.** Патологические ощущения, сопровождающиеся разнообразными трактовками в плане их топики и причин возникновения, что придает сенестопатиям черты сходства с бредовыми идеями физического уродства и ипохондрического содержания. Можно разграничить следующие виды интерпретативных сенестопатии:

**Органотопические сенестопатии,** при которых преобладает стремление локализовать ощущения с предельной анатомической точностью: «Боль внутри глазниц... Вибрирует барабанная перепонка... Сосуд в голове чешется... Болит внутренняя пластинка лобной кости... Жжение в перикарде и на верхушке сердца... Боль в

трех грудных позвонках... Жжет верхушки легких... Боль «а основании мозга, между полушариями... Мерзнет поверхность мозга... Боли в стенках желудка...».

**Ассоциированные сенестопатии** — доминирует тенденция объединять патологические ощущения, возникающие в разных частях тела, в тщательно разработанную и законченную во всех деталях систему жалоб: «Боль из руки идет по линии вверх, ударяет в затылок, сжимает сердце и расходится в животе в разные стороны... Боль из грудины перемещается в миндалины, оттуда — к сердцу, а потом уходит в голову... Боль из ног тянется по двум линиям на спине и заканчивается двумя расплывчатыми точками на шее. Онемение голени переходит в ощущение боли в точке на бедре, затем начинают болеть паховые артерии, а потом боль становится подсознательной...». Подобные описания пациентов напоминают паранойяльную структуру и, вероятно, могли бы рассматриваться как сенестопатический вариант паранойяльной ипохондрии.

**Бредоподобные сенестопатии** — больные не останавливаются на описательной характеристике патологических ощущений, а предпочитают сразу указывать причину их возникновения: «Кровь не поступает в прямую кишку... Сосуды лопаются... Мозг не получает питательных веществ... Замедлен кровоток... Расслабление сердечной мышцы...». Формулировки обычно заимствуются из медицинской литературы либо бесед с пациентами и врачами.

**Галлюцинаторные сенестопатии.** Характеризуются отчетливо выраженными дискриминативными элементами и сходством с различными галлюцинациями. Можно выделить следующие виды галлюцинаторных сенестопатий:

**Геометрические сенестопатии:** «Жжение на спине в виде треугольника... Боль в виде плоского круга... Головные боли по типу сетки — болит по периметру ячеек, а в середине их — нет... Жжение в боку наподобие вытянутого овала... Боль в точке под кожей затылка... Боль из точки лучами расходится по спине... Боль от пальцев идет по двум линиям... Полоски холода в обрамлении тепла... Головная боль в виде выпуклого кверху треугольника... Болит черепушка по линии под ушами — хоть отрубай по этому месту... Мерзнет круг размером с двухкопеечную монету...».

**Сенестопатии, напоминающие тактильные галлюцинации:** «На голове будто шапка надета... Жжет, точно приложили горчичник или раскаленный утюг... Ударило по голове будто палкой... Голова холодная, словно ветерком обдувает... Вроде крошки прилипли к глотке... Такое чувство, будто за волосы кто-то тянет... К губе, как папироса прилипла...». Степень сходства тактильности с галлюцинациями может быть различной: от относительно легкой до весьма значительной, когда сенестопатии становятся неотличимыми от галлюцинаций.

**Сенестопатии с внутренней проекцией тактильных ощущений:**

«В голове першит, как при насморке... Онемение в голове... Щекотание в груди... Чешется в голове... Кишечник будто руками перебирает... Жжение внутри головы...». При этом сенестопатии не только напоминают, но нередко вплотную приближаются к висцеральным галлюцинациям: «В животе будто горячая кровь разливается... В голове что-то ползает... Боль в сердце, как от кинжала, конец его торчит, так и хочется вытянуть... В груди твердый комочек... Голова чем-то наполняется... Боль от сердца шариками «поднимается к горлу... Боль в позвоночнике — его будто проткнули трубкой диаметром 5—6 мм...».

**Сенестопатии, напоминающие галлюцинации трансформации:**

«Мозг кажется горячим и маленьким... Сердце словно разрезано на части... Такое ощущение, будто расслаиваются мышцы... Сердце как оторвалось и упало вниз... Мозг, похоже, отделяется от черепа...».

**Сенестопатии, напоминающие кинестетические галлюцинации:**

«Ноги будто подтягивает к туловищу... Голова вроде качается взад и вперед... Такое чувство, точно глаза начинает косить вбок... В руках такое напряжение, будто держу тяжелый груз...». Иногда галлюцинаторные сенестопатии сопровождаются ложными акустическими, вкусовыми, обонятельными и зрительными ощущениями: «Мозг точно отделяется от оболочек — слышно, как они разлипаются... В голове что-то хлюпает... Боль идет по нитям — слышно, как они дребезжат... В голове крутится что-то притворно сладкое... Внутри все горит, пахнет жженым... Ударило в голову — как молния вспыхнула...». Наряду с галлюцинаторными сенестопатиями у больных обычно удается выявить настоящие обманы восприятия: оклики, галлюциноиды, кинестетические, вестибулярные и другие галлюцинации. Излагая жалобы, в которых отражаются галлюцинаторные сенестопатии, больные постоянно используют выражения «как будто, вроде, похоже, словно, как...», что позволяет идентифицировать сенестопатии и не смешивать с галлюцинациями при всем несомненном их сходстве.

Подлинный характер патологических ощущений у больных с интерпретативными сенестопатиями удастся выявить лишь при дополнительном расспросе. Как правило, пациенты легко отказываются от своих толкований относительно локализации, причин возникновения и взаимосвязи ощущений, и это важное отличие от истинного бреда. Существует, однако, возможность перехода интерпретативных сенестопатии в бред. Покажем это на следующем примере. Пациент сообщает: «Центральная нервная система подает импульс в желудок, желудок сокращается, толчки отдают в пах, из паха через центральную жилу переходят в ногу, а затем — в большой палец левой ноги, откуда возвращаются в пах. Получается замкнутый круг, который надо разорвать, и тогда я буду здоров. Чтобы разорвать связь большого пальца и центральной жилы, через которую палец влияет на пах, нужно удалить большой палец». Больной ранее неоднократно обращался к хирургу и настаивал на операции «удаления пальца». Есть достаточно оснований говорить

здесь о переходе интерпретативных сенестопатии в бред,— об этом свидетельствует факт бредового поведения.

Клинико-психологическая структура сенестопатических ощущений, как видно, такова, что наряду с рецептивным она включает также аффективный, деперсонализационный, навязчивый, интерпретативный, галлюцинаторный компоненты. Сенестопатии могут возникать, кроме того, с переживанием насильственности, сделанности (в структуре синдрома психического автоматизма), звучать в плоскости парафренных образований — «высасывают мозг... заменяют кости... разлагаются внутренности...». Это означает, что в сенестопатиях выражаются нарушения различных психических функций, зачастую далеких от элементарной чувствительности. Так, интерпретативные сенестопатии нередко ассоциируются с такими нарушениями мыслительной деятельности, как формализм, резонерство, неясное мышление, отрывочные ипохондрические и персекуторные бредовые идеи, склонность к магическому мышлению и др. Это важно иметь также в виду и в том плане, что болезненные ощущения, связанные с реальной соматической патологией, в жалобах пациентов с расстройствами мышления, внешне могут выглядеть как сенестопатии.

#### **1.4. Сенестезии**

Сенестезии — разнообразные двигательные нарушения, часто имеющие субъективный характер и не связанные с неврологической патологией: потеря равновесия, «внутреннее» головокружение, шаткость походки, «толчки» в разные стороны, ощущения моторной неловкости, неточности в движениях («нога вдруг подвернулась... беру что-нибудь и промахиваюсь... стал спотыкаться...», короткие эпизоды обездвиженности в руке, ноге («Не слушаются руки... рука повисла как плеть... двигательный идиотизм... волевой импульс не доходит до ноги»), состояния неожиданной слабости в отдельных группах мышц («нет сил раскусить таблетку, поднять руку...»). Сенестезии нередко сопровождаются страхом ходьбы, сенситивными идеями отношения. Многие пациенты говорят, что окружающие принимают их за опьяневших и стесняются бывать на людях.

#### **1.5. Синестезии**

Синестезии возникают в результате взаимодействия органов чувств, при котором качества ощущений одного вида переносятся на какой-нибудь другой (Лурия, 1970). Хорошо известны факты «окрашенного слуха», который наблюдается у многих людей, особенно у музыкантов (например, у Скрябина). Немецким психологом Хорнбостелем было обнаружено влияние обонятельной чувствительности на зрительную и изучены его закономерности. Установлено, в частности, что запахи веществ, молекулы которых включали большое количество атомов углерода, соотносились с более темными оттенками света, а запахи веществ молекул с малым содержанием атомов углерода — со светлыми оттенками.

Разнообразные синестезии возникают при психических заболеваниях. Так, параллельно слуховым могут появляться тактильные и вибрационные ощущения: «Слышу костями, тыльной частью кисти, ладонями...». Чувство боли сопровождается вкусовыми ощущениями: «Когда колют живот иголкой, во рту появляется ощущение соленого». Одновременно с сенсорными стимулами могут возникать сенестопатии, обманы восприятия. Синестезические ощущения иногда сопутствуют галлюцинациям — «голоса» описываются больными как «теплые, мягкие, солоноватые, округлые и т. д.».

### **1.6. Нарушения восприятия качества цвета**

Нарушения восприятия качества цвета (особое на рушение восприятия, иллюзии цвета, колорические иллюзии) — искаженное восприятие окраски предметов. Лица кажутся темными, коричневыми, бронзовыми, страницы книги — фиолетовыми, буквы — синими, коричневыми, окружающее воспринимается окрашенным в желтый (ксантопсия), красный или розовый (эритропсия) либо другой какой-нибудь цвет.

Нарушение элементарной чувствительности характеризуют различные патологические состояния. Психическая гиперестезия встречается в дебютах острых психотических состояний, при астенических и депрессивных состояниях, отравлениях психоделическими веществами, в состоянии гашишного опьянения. Особая ясность и отчетливость восприятия свойственна состоянию сверхбодрствования сознания. Явления анестезии, гипестезии наблюдаются при острых психозах, прогрессивном параличе, депрессии, оглушении сознания, неврозах. Нозологическая принадлежность сенестопатии неоднозначна. Они могут возникать при инволюционных, инфекционных и органических заболеваниях головного мозга, при неврозах на фоне остаточных явлений органического поражения диэнцефальной области, отличаясь в этих случаях относительной простотой и яркостью. Сенестопатии описаны при сенесто-ипохондрических реакциях, в рамках первичной реакции у больных раком. По данным ряда исследований, сенестопатии, а также синестезии чаще встречаются при эндогенных психозах (Кербиков, 1968; Лукомский, 1968; Ануфриев, 1978; Наджаров, Смулевич, 1983). По мнению А. К. Ануфриева, В. Ф. Десятникова, И. В. Шахматовой-Павловой сенестопатии наблюдаются в клинической структуре маскированной депрессии. Особенно обильны и вычурны сенестопатии при ипохондрической, сенестопатической и бредовой шизофрении (Снежневский, 1970; Наджаров, Смулевич, 1983). В начале шизофрении сенестопатии отличаются простотой и ограничиваются изолированными сенестоалгическими ощущениями (Гутенева, 1979; Басов, 1980). По нашим наблюдениям в начале шизофрении могут возникать также вычурные сенестопатии (психосенсорные, галлюцинаторные, интерпретативные) одновременно либо с последующим присоединением простых и элементарных.

Патогенез сенестопатии связывается с поражением на уровне зрительного бугра и диэнцефальной области ствола мозга (Kehrer, 1953; Эглитис, 1977; Ануфриев, 1979). По мнению G. Huber (1976), сенестопатии обнаруживают сходство со спонтанными ощущениями в случае органического поражения межзатылочного мозга и являются «эндогенно-органическим» симптомом. Полагают, что сенестопатии, наблюдающиеся в клинической картине фазно текущих заболеваний, обусловлены функциональными нарушениями (Эглитис, 1977). Патофизиологические механизмы сенестопатии усматривают в расторможении интероцептивной системы и ее высвобождении от контролирующего влияния экстероцепции.

## **2.1. Психология восприятия и образов представления**

Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы — образы восприятия; познавательная деятельность переживается как факт личной активности, направляемая определенной задачей, а не акт пассивной регистрации впечатлений.

Образы восприятия складываются из внешних и внутренних (прежде всего кинестетических) ощущений. «Вклад» разных видов чувствительности при этом не одинаков. Очевидно, что образы восприятия слепого и зрячего, глухого и слышащего, дальтоника и индивидуума с «нормальной» цветовой чувствительностью различны. Эта относительность не означает, что внешний мир это не более чем субъективное построение. Тот факт, что некто не воспринимает мелодии, еще не говорит о том, что этой мелодии не существует. Как, впрочем, и то, что, правдоподобие обмана восприятия не доказывает реальности кажущегося объекта.

Восприятие — это процесс «создания» образа из «чувственного» материала. Различают следующие его фазы:

— перцепция — первичное выделение комплекса стимулов из массы прочих, как относящихся к одному определенному объекту. Иными словами, это фаза разграничения фигуры и фона;

— апперцепция — сравнение первичного образа с аналогичным или подобным ему, хранящимся в памяти. Если первичный образ идентифицируется как уже известный, это соответствует узнаванию. Если же информация является новой и неоднозначной, идентификация происходит путем выдвижения и проверки гипотез в поисках наиболее правдоподобной либо приемлемой. Объект при этом расценивается как ранее незнакомый;

— категоризация — отнесение образа восприятия к определенному классу объектов. С этой целью объект дополнительно исследуется в поисках типичных признаков данного класса объектов;



— проекция — дополнение образа воспринимаемого объекта деталями, присущими установленному классу, но в силу разных причин оказавшимися «за кадром». Образ восприятия тем самым «доводится» до определенного стандарта.

В образах восприятия отражаются такие качества объектов, для которых не существует специальных рецепторов: форма, размеры, ритм, тяжесть, положение в пространстве, скорость, время. В этом смысле образ восприятия является как бы надчувственным феноменом, промежуточным между чувственным и рациональным познанием.

В психологическом плане восприятие характеризуют:

— константность — стабильность образов предметов в разных условиях восприятия. Например, руки расположены на разном расстоянии от глаз, но величина их кажется одинаковой;

— целостность — объединение разных впечатлений в связанное единство. Законы целостного восприятия изучены в гештальтпсихологии («психологии образов»);

— объёмность — восприятие в трех измерениях. Это достигается благодаря бинокулярному зрению и бинаурикулярному слуху. На расстоянии свыше 15 м восприятие пространства осуществляется благодаря линейной, воздушной перспективе, эффектам параллакса и интерпозиции;

— объективизация образов восприятия — связана с состоянием сознания и поисковой исследовательской активностью. Важное значение имеет здесь ранний сенсорный опыт.

В восприятии выражается активность сознания, внимания, памяти, других психических структур. Это важно учесть для анализа и оценки расстройств восприятия. В последних, относимых по традиции к сенсорным нарушениям, обнаруживаются разнообразные нарушения всех психических функций, а также личности в целом.

К моменту рождения ребёнок имеет эффективно работающие органы чувств. К году острота зрения младенца достигает уровня взрослых. Лучше всего он воспринимает объекты на расстоянии 19 см от своего лица.

Возможно потому, чтобы видеть лицо матери во время кормления. С четвертого дня младенец проявляет врожденное предпочтение к восприятию человеческого лица. К двум месяцам узнаёт лицо матери, а в четыре месяца различает синий, красный, желтый и зелёный цвета. Восприятие глубины пространства формируется уже к двум месяцам. В раннем младенчестве внимание привлекается также движущимися объектами, криволинейностью, контрастами. С первых часов после рождения дети способны различать звуки разной интенсивности, узнавать голос матери. Они различают также запахи.

Вкусовые восприятия развиваются позднее. Категориальность восприятия формируется к концу первого года, а константным оно становится к 12—13 годам.

Существует гипотеза, согласно которой восприятие развивается на основе врождённых «когнитивных схем». Последние позволяют ребенку выделять наиболее важные впечатления и структурировать их определенным образом.

Необходимыми условиями развития восприятия являются:

- активное движение. Наблюдения показали, что ограничение свободного движения нарушает развитие пространственного восприятия;
- обратная связь. Необходима для коррекции ошибок восприятия;
- поддержание оптимального количества поступающей сенсорной информации. «Сенсорный голод» препятствует развитию восприятия, а в условиях эксперимента приводит к психотическим расстройствам;
- структурирование внешних впечатлений. Монотонность последних (пустыни, снежные равнины и др.) не способствует формированию перцептивных схем, а у взрослых является одной из причин появления миражей.

Образ представления — наиболее сложный вид образной памяти (Лурия, 1975). Когда мы говорим, что имеем представление о дереве, лимоне, или собаке, это значит, что предыдущий опыт восприятия и практической деятельности с этими объектами оставил в нас их следы.

Образы представления напоминают наглядные образы, отличаясь от последних меньшей детализацией, яркостью и четкостью, но не только этим. Образ представления отражает итоги интеллектуальной переработки впечатления о предмете, выделяет в нем наиболее существенные признаки. Так, мы представляем не какое-то определенное дерево, но имеем дело с обобщенным образом, в который может войти наглядный образ и березы, и сосны, и другого дерева. Размытость и бледность образа представления свидетельствует о его обобщенности, потенциальном богатстве стоящих за ним связей, является признаком того, что он может быть включен в любые отношения.

Образ представления — это не простое воспоминание. Он не хранится в памяти в неизменном виде, но постоянно преобразуется, в нем выделяются, подчеркиваются наиболее актуальные признаки, стираются индивидуальные особенности. Образы представления имеют субъективный характер, они не проецируются вовне. Они возникают в сознании опосредованно, сближаясь тем самым с образным мышлением. Ассоциации образов могут выходить за рамки

обыденных впечатлений, благодаря воображению становятся доступными творчеству.

Наблюдаются следующие виды патологии восприятия и образов представления: нарушение константности восприятия, расщепление восприятия, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды, явления эйдетизма, нарушения сенсорного синтеза.

## **2.2. Психопатология восприятия и образов представления**

**Нарушение константности восприятия.** Искажения образов объектов в зависимости от изменения условий восприятия. Во время ходьбы пациент видит, как почва «подпрыгивает», «качается», «поднимается», «опускается», деревья и дома «шатаются», перемещаются вместе с ним. При повороте головы предметы «поворачиваются», ощущается поворот тела в противоположную сторону. Пациент чувствует, будто предметы отдаляются или приближаются, а не он идет к ним или от них. Удаленные предметы воспринимаются мелкими, а вблизи становятся неожиданно крупными и наоборот.

**Расщепление восприятия.** Утрата способности формировать целостный образ объекта. Правильно воспринимая отдельные детали предмета или его изображения, больной не может связать их в единую структуру, например, видит не дерево, а отдельно ствол и листву. Расщепление восприятия описано при шизофрении, некоторых интоксикациях, в частности, психоделическими веществами. Сходное (нарушение возникает при поражении вторичных отделов зрительной коры (поля 18, 19 Бродмана). Пациенты, рассматривая изображение (например, очков), говорят так: «... что же это?.. кружок и еще кружок... и перекладина... наверное, велосипед».

Некоторые пациенты, разглядывая известный рисунок Boring (где можно видеть профиль молодой женщины либо старухи), сообщают, что одновременно видят оба изображения, что свидетельствует не о расщеплении восприятия, а возможно об одновременном участии в восприятии левого и правого полушарий.

Иногда наблюдается утрата способности к синтезу ощущений разной модальности, например, зрительных и слуховых. Воспринимая звучащий радиоприемник, больной может искать источник звука в другом месте. Данное нарушение наблюдается при старческом слабоумии (Снежневский, 1970).

При поражении теменно-затылочных отделов мозга возникает несколько иное расстройство восприятия — симультанная агнозия. Больной адекватно воспринимает отдельные предметы, независимо от их размеров, но одновременно способен видеть лишь один предмет или его изображение. Если ему показать изображение круга и треугольника, то после серии быстрых экспозиций он может заявить:

«... ведь я знаю, что здесь две фигуры— треугольник и круг, но вижу каждый раз только одну».

**Иллюзии.** Термин переводится словами «обман, обманчивое представление» — ложное, с нарушением идентификации, восприятие реально существующих и актуальных в данный момент предметов и явлений. Впервые выделены в качестве самостоятельного обмана восприятия и отделены от галлюцинаций Ж. Эскиролем в 1817 г.

Существуют различные виды иллюзорного восприятия. При физических иллюзиях неправильное восприятие предмета обусловлено физическими свойствами среды, в которой он находится, — ложка в стакане с водой на границе сред вода-воздух кажется переломившейся. Появление ряда иллюзий связано с психологическими особенностями процесса восприятия. После остановки поезда, например, некоторое время продолжает казаться, что он все еще движется. В известной иллюзии Мюллера-Лайера длина отдельных линий воспринимается по-разному в зависимости от формы фигур, в состав которых они входят. По-разному воспринимается окраска одной и той же части поверхности, если менять цвет фигуры в целом. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки. Боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт куста за фигуру притаившегося человека. При иллюзиях невнимательности (Jaspers, 1923) вместо одного слова слышится другое, близкое по звучанию; посторонний человек принимается за знакомого, в тексте читается не то слово и т. д. Влияние установки на восприятие демонстрируют опыты Н. И. Узнадзе: из двух шаров одинакового веса тяжелее кажется более крупный по размерам. Металлический шар ощущается более тяжелым, чем пластмассовый того же веса (проба Делюффа).

Упомянутые разновидности иллюзий не являются признаком психического расстройства. Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует. Иногда трудно разграничить иллюзии и галлюцинаторные образы, а также уловить момент перехода первых во вторые.

Различают следующие виды патологических иллюзий: аффективные, вербальные и парейдолические (парейдолии).

**Аффективные иллюзии.** Связаны со страхом, тревогой. Пациент в морозных узорах окна «видит» лицо грабителя, в складках одеяла — притаившегося на кровати убийцу, авторучку принимает за нож.

Вместо обычных шумов, стука, звона слышит шелканье затвора, ружья, выстрелы, шаги и дыхание преследователей, предсмертные стоны.

**Вербальные иллюзии.** Содержат отдельные слова, фразы, которые заменяют реальную речь окружающих. Слышатся обвинения, угрозы, брань, разоблачения, оскорбления. Вербальные иллюзии, возникающие на фоне страха или тревоги, считают вербальным вариантом аффективных иллюзий (Снежневский, 1983). Интенсивные, обильные и сюжетно связанные вербальные иллюзии обозначаются термином «иллюзорный галлюциноз» (Schroder, 1926).

Вербальные иллюзии следует различать с бредовыми идеями отношения. При последних пациент слышит речь окружающих правильно, однако убежден в том, что она содержит «намеки» в его адрес.

Аффективные и вербальные иллюзии в психопатологическом плане неоднородны. Некоторые из них связаны с депрессией (обвинения, порицания). Другие отражают влияние бредового настроения (угрозы, стрельба, неприятный привкус пищи). Часть иллюзий созвучна отчетливым бредовым убеждениям. Так, пациент с бредом ревности вместо шороха слышит шаги крадущегося к жене любовника.

**Парейдолии.** Представляют собой зрительные иллюзии с фантастическим содержанием. При разглядывании бесформенных пятен, орнаментов (узорov древесных линий, переплетений корней, игры светотени в листьях деревьев, облаков) видятся экзотические пейзажи, феерические сцены, мифические герои и сказочные существа, причудливые растения, люди в необыкновенных масках, старинные крепости, сражения, дворцы. «Оживают» портреты. Изображенные там лица начинают двигаться, улыбаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями.

Иллюзии характерны для состояний неглубокого помрачения сознания (второй стадии делирия, по С. Libermeister), возникают при острых симптоматических психозах. Наблюдаются также при бредовых и аффективных психозах иной этиологии. Эпизодические и нестойкие иллюзии встречаются при неврозах, неврозоподобных состояниях. В патогенезе иллюзий предполагается роль гипноидных состояний корковых анализаторов.

**Галлюцинации** («бред», «видения»). Мнимые восприятия, ложные образы, возникающие спонтанно, без сенсорной стимуляции. М. Г. Ярошевский (1976, с. 23) упоминает о Бхатте, древнем философе школы Миманса, высказавшем созвучные современным догадки об обманах восприятия. Реальность или иллюзорность образа, утверждал Бхатта, определяется характером отношений между органом и внешним объектом. Извращение этих отношений

ведет к иллюзорному восприятию. Причины последнего могут быть периферическими (дефект органов чувств), а также центральными (манас), когда образы памяти проецируются во внешний мир и становятся галлюцинациями. Таким же образом, по мнению Бхатта, возникают сновидения. До настоящего времени не потеряло значения определение галлюцинаций В. Х. Кандинского: «Под именем галлюцинаций я разумею непосредственно от внешних впечатлений не зависящее возбуждение центральных чувствующих областей, причем результатом такого возбуждения является чувственный образ, представляющийся в воспринимающем сознании с таким же самым характером объективности и действительности, который при обыкновенных условиях принадлежит лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных впечатлений». Галлюцинация — это образ представления, отождествляемый пациентом с наглядным образом. В определениях галлюцинации обычно указываются следующие признаки.

Появление галлюцинаций непосредственно не связано с восприятием реальных и наличных объектов (исключение составляют функциональные и рефлекторные галлюцинации). Этим галлюцинации отличаются от иллюзий. Галлюцинирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать и реальность. Его внимание при этом распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда оно бывает так поглощено последними, что действительность почти либо вовсе не замечается. В таких случаях говорят об отрешенности или галлюцинаторной загруженности.

Галлюцинациям свойственны чувственная живость, проекция в реальный мир (сравнительно редко они бывают лишены определенной проекции: «Голоса из ниоткуда... Рука тянется неизвестно откуда...»), спонтанное появление и чуждость содержанию сознания. Их характеризует, кроме того, ощущение собственной интеллектуальной активности — пациент «сам» с интересом или страхом «слушает», «смотрит», «вглядывается». Интегральным выражением указанных качеств обманов восприятия является переживание телесности мнимых образов, их отождествление с образами реальных объектов. Понимание болезненности галлюцинаций большей частью отсутствует. Под впечатлением от них пациент ведет себя точно также, как если бы кажущееся ему происходило на самом деле. Нередко галлюцинации, каким бы иррациональным ни было их содержание, для пациента более актуальны, чем реальность. Он оказывается в большом затруднении, если мнимые и реальные образы вступают в отношения антагонизма и обладают равной силой влияния на поведение. При таком «раздвоении» личности пациент как бы существует в двух «измерениях» сразу, в ситуации конфликта сознательного и бессознательного.

Различают следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и галлюцинации общего чувства

(энтероцептивные, висцеральные, эндосоматические). Близки к последним вестибулярные и моторные галлюцинации.

**Зрительные галлюцинации.** Наблюдаются элементарные и сложные обманы зрения.

Элементарные галлюцинации — фотопсии, фосфрены — простые, не складывающиеся в предметный образ обманы зрения: вспышки света, блески, туман, дым, пятна, полосы, точки.

Сложные зрительные галлюцинации характеризуются предметным содержанием. С учетом последнего различают некоторые специальные их виды.

Зоологические галлюцинации — зоопсии — видения известных по прошлому опыту животных, насекомых, змей.

Демонические галлюцинации — видения чертей, русалок, ангелов, богов, гурий, прочих персонажей из области мистики и мифологии. Могут восприниматься сказочные существа и чудовища, «инопланетяне», другие фантастические образы.

Антропоморфные галлюцинации — видения образов близких знакомых и незнакомых людей, как живущих, так и умерших. В последние десятилетия некоторые авторы отмечают урежение демонических и учащение антропоморфных обманов восприятия. Иногда в мнимых образах близких, могут, по мнению пациентов, «маскироваться» чужие, незнакомые, враждебно настроенные люди и наоборот. Встречаются галлюцинаторные видения фрагментов человеческого тела: глаз, головы, конечностей, зрачков, внутренних органов — фрагментарные галлюцинации. Аутоскопические галлюцинации — видения самого себя. Описан феномен геатоскопии: мнимое восприятие своего тела, проецируемое внутрь собственного тела.

Полиопические галлюцинации — множественные образы мнимых объектов: стаканов, бутылок, чертей, гробов, мышей. Ложные образы могут располагаться на линии, уходящей вдаль, и постепенно уменьшаться в размерах. Диплопические галлюцинации — видения удвоенных мнимых образов: «Люди раздвоились — один и тот же видится справа и слева».

Панорамические галлюцинации — статичные видения красочных ландшафтов, пейзажей, космических сюжетов, картин последствий атомных взрывов, землетрясений и др.

Сценоподобные галлюцинации — видения галлюцинаторных сцен, сюжетно связанных и последовательно вытекающих одна из другой. Воспринимаются похороны, манифестации, судилища, казни, сражения, сцены загробной жизни, приключения, авантюрно-детективные события. Вариантом сценоподобных являются

пантофобические галлюцинации Леви-Валенси — устрашающие больных сценические видения.

Зрительные вербальные галлюцинации Сегла — видения букв, слов, текстов. Содержанием таких символических галлюцинаций могут быть иные звуковые системы: цифры, математические формулы, символы химических элементов, нотные, геральдические знаки.

Эндоскопические (висцероскопические) галлюцинации — видения предметов внутри своего тела: «Вижу, что голова наполнена большими белыми червями»). Аутовисцероскопические галлюцинации — видения собственных внутренних органов, иногда пораженных мнимой болезнью: «Вижу свои сморщенные легкие». Встречаются галлюцинаторные видения своих органов, образы которых выносятся во внешний мир, иногда проецируются на какую-нибудь поверхность, например, на стену.

Отрицательные зрительные галлюцинации — кратковременная блокада способности видеть отдельные реальные предметы.

Зрительные галлюцинации различаются также по окраске, размерам, четкости контуров и деталей мнимых образов, степени сходства с реальными объектами, подвижности, локализации в пространстве. Мнимые образы могут быть черно-белыми, окрашенными неопределенно или преимущественно в один какой-нибудь цвет. Например, при эпилепсии они бывают интенсивно красного или синего цвета.

Цветовая гамма ложных образов может отражать свойственные индивидууму особенности цветового восприятия. У дальтоников, например, в ней недостает красного цвета. Нормоптические галлюцинации — размеры мнимых образов адекватны величине соответствующих реальных предметов; макроптические, гулливер-галлюцинации — видения громадных размеров; микроптические, лилипут-галлюцинации — крайне малой величины. Например, «вижу тела на стенке, как под микроскопом». Наблюдаются галлюцинации с уродливо искаженной формой мнимых образов, вытянутые в одном направлении, удаленные, приближающиеся, перекошенные — метаморфоптические галлюцинации. Уменьшенные в размерах и кажущиеся удаленными галлюцинаторные образы — феномен, известный как микротелеопсия Ван-Богарта. Рельефные галлюцинации — контуры и детали ложных образов воспринимаются очень четко, объемно. Аделоморфные галлюцинации — видения туманны, размыты, «призрачны», «воздушны» («привидения, призраки», по определению больных). Кинематографические галлюцинации — мнимые образы лишены глубины, объемности, иногда проецируются на поверхность стен, потолка и сменяются «как на экране». Больные при этом считают, что им «показывают кино». Кинематограф, как заметил Е. Брейлер (1920), существовал для больных задолго до его открытия.



Галлюцинаторные образы бывают подвижными, порою сменяются калейдоскопически быстро или хаотически. Они могут восприниматься движущимися слева направо и обратно, перемещаться в вертикальном направлении. Иногда они неподвижны точно статуи — стабильные галлюцинации. Различна локализация обманов зрения в пространстве. Большей частью они проецируются в реальную обстановку, воспринимаются наряду с окружающими предметами или заслоняют собой последние. При экстракампинных галлюцинациях обманы зрения локализуются вне поля зрения — сбоку, сверху, чаще «за спиной». Гемияноптические галлюцинации — обманы восприятия локализуются в одной из половин поля зрения. Видения могут возникать в одном глазу — монокулярные галлюцинации.

Зрительные (и слуховые) галлюцинации следует разграничивать с феноменом олицетворенного осознания (или постороннего присутствия), который представляет собой мнимое переживание присутствия другого, чаще враждебно настроенного человека. Это также ложное ощущение чужого взгляда («кто-то смотрит в окно», «наблюдает»). Описания пациентов бывают настолько детальными, что эти переживания можно принять за галлюцинации. Так, больная сообщает: «Чувствую, за спиной стоит человек, мужчина, высокий, весь в черном, руку протянул ко мне и хочет что-то сказать... Я не вижу его, но ясно чувствую, что он есть». В другом наблюдении больная «чувствовала», как сбоку стоит глухонемой отец и разговаривает жестами, так что она могла понять, о чем он «говорит». Столь же непосредственным образом может восприниматься мнимая речь: больная «отчетливо слышит», как соседи ругают ее, дают обидные прозвища. При детальном расспросе уточняет: «Не слышу, а ощущение такое, что ругают. Прислушаюсь — никто не говорит, а все-таки продолжаю чувствовать, как меня бранят».

Иногда структура видений бывает схематичной, контурной, весьма общей, так что напоминает скорее модель, прототип объекта. Известно, что развитие восприятия строится на основе «когнитивных схем», которые можно уподобить геометрическому рисунку. Похоже, что «созревание» галлюцинаторного образа может повторять ранние стадии формирования восприятия.

Клинические особенности зрительных галлюцинаций имеют известное диагностическое значение, указывают на природу болезни или локализацию поражения. Так, экстракампинные галлюцинации наблюдаются обычно при шизофрении (Блейлер, 1920).

Кинематографические галлюцинации чаще встречаются при интоксикационных, в частности, алкогольных психозах.

Интоксикационным психозам более свойственны демономанические, зоологические и полиопические галлюцинации. Наличие обильных зрительных обманов восприятия с дезориентировкой в месте нахождения, обстановке и времени свидетельствует о делириозном помрачении сознания. Гемиянопические галлюцинации наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга

(Баншиков, Короленко и др., 1971). Указанные авторы наблюдали аутоскопические галлюцинации при гипоксии мозга и высказывали мнение о том, что такие обманы зрения свидетельствуют о тяжелой мозговой патологии. Множественные зрительные галлюцинации встречаются в структуре эпилептической ауры — зрительные галлюцинации Джексона (1876). Пантофобические галлюцинации и галлюцинации фантастического содержания встречаются при онейроидном помрачении сознания. Микро-, макроптические галлюцинации, а также уродливо искаженные, перемещающиеся в определенном направлении видения несут отпечаток локального, органического поражения мозга. Клиническое значение многих деталей зрительных обманов раскрыто далеко не полностью. Пожалуй, самой общей их особенностью является символическое содержание, прямо не переводимое на язык словесно-логических формул. Так, жажда у пациента проявляется видениями реки, ручья, фонтана, водопада; боли формируют образы кусающей собаки, жалящей змеи и т. д. Уместной представляется аналогия со сновидениями, скрытый смысл которых не всегда может быть точно установлен. В сновидениях, как и в зрительных обманах, отражается регресс мышления на образный уровень его организации, в то время как словесные галлюцинации указывают хотя бы на частичное сохранение зрелых структур логического мышления. Это может означать также и то, что зрительные обманы возникают при более глубоком поражении психической деятельности, чем словесные галлюцинации.

**Слуховые галлюцинации.** Как и зрительные, являются наиболее частыми и разнообразными по содержанию. Различают акоазмы, фонемы и вербальные галлюцинации, а также галлюцинации музыкального содержания.

Акоазмы — элементарные неречевые галлюцинации. Слышатся отдельные звуки типа шума, шипения, грохота, скрипа, жужжания. Часто встречаются более конкретные, связанные с определенными предметами, хотя также неречевые слуховые обманы: шаги, дыхание, топот, стуки, звонки по телефону, поцелуи, автомобильные гудки, вой сирены, скрип половиц, звон посуды, скрежет зубов и многое другое.

Фонемы, элементарные речевые обманы — слышится окрики, вопли, стон, плач, рыдание, хохот, вздохи, кашель, восклицания, отдельные слоги, отрывки слов.

При галлюцинациях музыкального содержания слышится игра музыкальных инструментов, пение, хоры. Звучат известные мелодии, их отрывки, иногда воспринимается незнакомая музыка. Музыкальные галлюцинации часто наблюдаются при алкогольных психозах. Обычно это вульгарные частушки, непристойные песни, песни пьяных компаний. Музыкальные обманы восприятия могут возникать при эпилептических психозах. Здесь они выглядят иначе — это звучание органа, духовная музыка, звон церковных колоколов, звуки волшебной, «небесной» музыки. Галлюцинации музыкального содержания наблюдаются и при шизофрении. Так, большая

постоянно слышит песни в стиле ретро — «мелодии 30-х годов». «Концерты» не прерываются вот уже более полугода. Слышатся песни и оркестровые произведения, которые она помнит, а также давно ею забытые. Мелодии возникают и сменяются сами по себе или начинают звучать, едва она о них подумает, — «концерт по заявкам». Иногда одна и та же мелодия навязчиво повторяется много раз подряд.

Значительно чаще встречаются вербальные (словесные) галлюцинации. Воспринимаются отдельные слова, фразы, разговоры. Содержание галлюцинаторных высказываний может быть абсурдным, лишенным всякого смысла, но большей частью в них выражаются различные идеи, далеко не всегда безразличные больным. С. С. Корсаков (1913) рассматривал галлюцинацию как мысль, одетую в яркую чувственную оболочку. В. А. Гиляровский (1954) указывает, что галлюцинаторные расстройства не являются чем-то оторванным от внутреннего мира пациента. В них выражаются различные нарушения психической деятельности, личностные качества, динамика болезни в целом. По данным В. Милева (1979), в галлюцинациях обнаруживаются эхолалии, персеверации, разорванность мышления, неадекватность или паралогия. Все это делает полезным клинический анализ содержания галлюцинации вообще и вербальных галлюцинаций в особенности.

В начале психического расстройства вербальные галлюцинации бывают в виде окликов по имени, фамилии, обычно однократных и редко повторяющихся. Оклики слышатся наяву, при засыпании, пробуждении, в тишине или шумной обстановке, в одиночестве и окружении людей, в ситуациях, когда больные ожидают, что их могут позвать. Не всегда удается определить, была ли это галлюцинация, окликнули на самом деле или имело место иллюзорное восприятие. При повторении окликов пациенты нередко сами идентифицируют обманы слуха. При этом часто указывают, что «оклики» повторяются одним и тем же голосом. Встречаются «беззвучные» оклики. Иногда пациенты относят оклики к другому человеку: «Окликают, но не меня».

В комментирующих или оценочных галлюцинациях отражается мнение «голосов» о поведении пациента — доброжелательное, язвительное, ироническое, осуждающее, обвиняющее. «Голоса» могут говорить о теперешних и о прошлых поступках, а также оценивать то, что намерен он делать в будущем.

В состоянии страха галлюцинации приобретают угрожающий характер, созвучный бредовым идеям преследования. Воспринимаются мнимые угрозы убийства, расправы, мести, зверских пыток, изнасилования, дискредитации. Иногда «голоса» носят отчетливо выраженную садистическую окраску.

Опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие

приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счет. Реже считают, что они относятся к окружающим. Так, голос приказывает окружающим убить больного. Голоса могут требовать совершить поступки, прямо противоречащие сознательным намерениям — ударить кого-то, оскорбить, совершить кражу, осуществить попытку самоубийства или членовредительства, отказаться от приема пищи, лекарства или беседы с врачом, отвернуться от собеседника, закрыть глаза, стиснуть зубы, неподвижно стоять, ходить без всякой цели, переставлять предметы, переезжать из одного места в другое.

Иногда приказания «голосов» бывают «разумными». Под влиянием галлюцинаций некоторые больные обращаются за помощью к психиатрам, сами не сознавая при этом факта психического расстройства. Некоторые пациенты указывают на явное интеллектуальное превосходство «голосов» над ними.

Содержание императивных обманов и степени их влияния на поведение различны, так что клиническое значение данного типа обманов может быть разным. Так, «распоряжения» разрушительного, нелепого, негативистического характера указывают на близкий к кататоническому уровень дезорганизации личности. Подобные распоряжения, как кататонические импульсы, реализуются автоматически, неосознанно. Приказы с ощущением принуждения также выполняются, но при этом пациент пытается сопротивляться или хотя бы осознает их противоестественность. Содержание таких приказов уже не всегда разрушительно или абсурдно. Наблюдаются приказания персекуторного содержания. Встречаются противоречивые, двойственные распоряжения голосов, когда наряду с нелепыми звучат и довольно разумные приказы. Иногда слышатся распоряжения, созвучные сознательным установкам пациента.

Бывают императивные галлюцинации магического содержания. Так, «голоса» заставляют пациентку протягивать в квартире веревки, нити, класть вещи на указываемые места, не дотрагиваться до некоторых предметов. «Голоса» утверждают, что существует таинственная связь между упомянутыми действиями и благополучием близких людей. В ответ на отказ выполнять приказы «голоса» предрекают неизбежную смерть. В другом наблюдении «голоса» требовали мыть руки строго определенное число раз — семь или двенадцать. Больная считала, что в числе «семь», скрывается намек на ее семью — «семь — семья». Помыть руки семь раз означает спасти семью от несчастья. Число «двенадцать» содержало намек на двенадцать апостолов. Если она мыла руки указанное количество раз, то «очищалась» этим от всех грехов. Больному с алкогольным психозом «голоса» заявили: «Слышишь, мы пилим бревно. Как только перепилим, ты погибнешь». Или голос приказывает: «Возьми зеркало и уничтожь ведьму, — она вселилась в зеркало». Бывает, что голоса принадлежат «ведьмам», «бесам», «чертям». Из приведенных примеров видно, что в вербальных галлюцинациях выражается регресс мышления на архаический (магический) уровень его организации.

Галлюцинаторные приказания, как упоминалось, реализуются не всегда. Иногда пациенты не придают им значения, или считают нелепыми, бессмысленными. Другие находят силы удержаться от себя или «назло голосам» делать обратное. Чаще все же императивные галлюцинации оказывают неодолимое влияние. Пациенты даже не пытаются противопоставить им себя, выполняя самые дикие распоряжения. По словам больных, они чувствуют в это время «паралич» своей воли, действуют подобно «автоматам, зомби, марионеткам». Непреодолима императивность галлюцинаций свидетельствует о близости их к кататонии и явлениям психического автоматизма. По мнению В. Милева (1979), императивные распоряжения могут быть отнесены к шизофреническим симптомам первого ранга.

Некоторое сходство с императивными обнаруживают галлюцинации, содержащие не приказания, а уговоры, увещевания, сообщения ложных сведений, приобретающие для больных большую силу убедительности. Так, «голос» уговаривает пациента покончить с собой: «Прыгай с моста. Не бойся, это не страшно. К чему жить, пойми, жизнь для тебя давно кончилась». Наблюдаются галлюцинации с характером внушения. Больной шизофренией без колебаний поверил, что совершил убийство, когда «голоса» сообщили ему об этом. Он отчетливо «вспомнил» подробности «преступления» и заявил на себя в милицию. «Голоса» далее могут уверять в существовании колдовских чар, загробной жизни, предсказывать будущее, сообщать нелепые и фантастические сведения. Галлюцинаторные вымыслы не оставляют больных безучастными, их истинность может казаться им очевидной. «Голоса» могут не только «подсказывать», что следует делать, но и самый способ совершить тот или иной поступок. Так, «голос отца» подталкивает больную покончить с собой, зовет к себе на кладбище. Он говорит, что нужно отравиться уксусной эссенцией, указывает, где ее взять. Больная, действительно, находит эссенцию в этом месте, хотя ранее будто бы нигде не могла ее разыскать.

Наблюдаются слуховые галлюцинации с характером констатации — точной регистрации того, что воспринимают или делают сами пациенты: «Это вокзал... Милиционер идет... Это не тот автобус... Встал... Идет... Обувается... Спрятался под кровать... Топор взял...». Иногда голоса называют объекты, не замеченные пациентом. Так, он хочет и не может определить название улицы, по которой идет, а «более наблюдательный» голос правильно подсказывает ему это. Констатации касаются не только внешних впечатлений и действий, но также побуждений, намерений: «Меня дублируют, повторяют. Еще только подумаю что-то сделать, а голос это скажет. Хочу выйти из дома и сразу же слышу, как об этом говорят...». Больные считают, что их «записывают, прослушивают, фотографируют, снимают на видеопленку». Иногда «голоса» требуют от больных вслух или мысленно проговаривать названия воспринимаемых предметов, повторять сказанное много раз. И, напротив, одно и то же слово, фраза, произнесенные пациентом или кем-то из окружающих, могут повторяться голосами, как «эхо», иногда — 2—3 раза и более.

Подобные обманы слуха можно обозначить как эхολалические или итеративные галлюцинации.

Галлюцинации могут «дублировать» не только высказывания окружающих или самих больных. Начинают «звучать» собственные мысли — «голос» тут же «повторяет» то, о чем подумал больной. При чтении копируется содержание прочитанного — симптом эхо-чтения. Голос «читает» написанное пациентом — «эхо-письма». Повторение мыслей может быть многократным. По словам пациента, перед сном он «внушает» себе: «успокоился, расслабился, хочу спать, засыпаю». Вслед за этим он слышит «голос», который произносит эту фразу пять раз — «теперь обхожусь без снотворных, усыпляет голос». Темп повторения может быть замедленным, ускоренным или меняется, убыстряясь к концу проговаривания. Иногда повторение касается отдельных слов, окончания фразы. Так, голос «внутри» через каждую секунду повторяет угрозу: «Посажу» и говорит так сутками. По мере проговаривания громкость звучания постепенно затухает, меняется тембр голоса. Повторения не всегда бывают идентичными, возможны вариации в оттенках звучания и смысла. Один из пациентов сообщил о 6-кратном повторении фраз, но всякий раз другим голосом и некоторым изменением содержания.

Встречаются стереотипные галлюцинации — постоянно слышится одно и то же. Больной с хореей Гентингтона в течение ряда лет имел галлюцинацию в виде повторяющейся время от времени фразы: «Витя, ку-ку!». Вначале подумал, что с ним «играют в прятки», искал прячущегося, но потом убедился в обмане слуха и перестал обращать на него внимание. В повторном приступе болезни порою «возвращаются» те же голоса и говорят то же, что и ранее. Наблюдаются «двойные голоса» — один из них чуть позже в точности копирует сказанное первым.

Вербальные галлюцинации могут быть в виде монолога — «голос» ведет нескончаемый рассказ о чем-либо, не давая ни перебить себя, ни изменить тему. Например, «голос» вспоминает и подробно рассказывает биографию больного, сообщая такие подробности, о которых тот «давно забыл». Галлюцинации могут быть множественными (поливокальными). Несколько голосов одновременно говорят о разных вещах, разговаривают между собой. При галлюцинациях в форме диалога два «голоса» «спорят» друг с другом о больном, причем один из них хвалит, одобряет, подчеркивает его заслуги и достоинства, другой, напротив, — обвиняет, осуждает, требует наказания, физического уничтожения. Контрастирующие галлюцинации — один из «голосов» говорит или приказывает сделать одно, а другой в это же время — прямо противоположное. Встречаются сценopodobные слуховые галлюцинации — множество «голосов» создают зримое впечатление сложной ситуации, которая динамично развивается. Наблюдаются галлюцинации поэтического содержания — «голоса» сочиняют стихи, эпиграммы, каламбуры.

Вербальные галлюцинации могут сохранять полную автономию от больных, не вступать с ними «в контакты» или даже «считать», что они их не слышат. Бывает так, что они говорят вместо пациента. Так, на вопросы врача отвечает «голос», а больная в это время «не думает», она лишь «повторяет» его ответы. Голоса могут обращаться и прямо к больным, спрашивать, просить что-то повторить, беседовать с ними. Так, «голос» является к пациенту каждое утро, будит, приветствует, а вечером прощается. Иногда уведомляет, что на некоторое время покинет его, возвращаясь к назначенному сроку. Отвечает на вопросы больного, дает советы, подробно расспрашивает о его жизни, будто собирает анамнез. Перед тем, как исчезнуть, извещает, что «уходит навсегда, умирает». Или голос рассказывает о больной и уточняет год и место ее рождения, подробности учебы в школе, жизни, о семье, интересуется работой, детьми. Через посредничество больных удается «поговорить с голосами». Отвечая на вопросы, «голоса» могут отнекиваться, умолкать, теряться, насмешливо хохотать. Некоторые из них сообщают о себе разные сведения. Так, в ответ на расспрос «голос» больной говорит: «Неужели он (то есть врач) не понимает, что я — это болезнь. Мне нечего сказать о себе. Я исчезну, как только пройдет болезнь». Сама пациентка при этом считала, что «голоса» — вестник «другого, невидимого мира». Или «голоса» говорят, сообщают свои имена, возраст, описывают свою внешность, утверждают, будто занимают высокие важные посты, что намерены покончить с собой или что они «сами слышат голоса», что страдают припадками, выражают желание лечиться и т. д.

Голоса часто высказывают независимые от пациента суждения, оценки, проявляют интерес к внешним событиям, выражают свои собственные желания, рассказывают о своем происхождении, строят планы на будущее. Они могут говорить также и то, что совпадает с мнением пациента, выражать его взгляды и ожидания. С «умными» голосами пациенты «советуются». Так, больная консультируется с «голосом», попадет ли она в больницу в будущем. На это он осторожно отвечает: «Скорее всего, да». Иногда удается проверить умственные возможности голосов. Они выполняют арифметические действия, на свой лад толкуют пословицы, поговорки. Уровень их «мышления» большей частью оказывается ниже, чем у пациентов. Эмоциональный контекст высказываний голосов — а это видно по тональности, речевым формам, содержанию сказанного, — чаще бывает недоброжелательным, агрессивным, циничным, грубым. Все это показывает, что «голоса» являются выражением сложной патологической структуры, интегрирующей различные психологические функции в целостное образование на другом, обычно сниженном уровне. Они представляют подобие личностного новообразования, часто противостоящего личности пациента.

Встречаются галлюцинации с характером предвосхищения. «Голоса» как бы опережают события и предугадывают, что больной вскоре почувствует, о чем подумает или узнает. Они уведомляют, что у него заболит голова, появится «позыв» на мочеиспускание, дефекацию, рвоту или он вскоре «захочет» есть, спать, что-то сказать. И,

действительно, эти предсказания часто сбываются. Больной не успел еще осознать происшедшее, а «голос» информирует о том, что, собственно, случилось. Бывает и так, что при чтении «голос» забегают вперед и «читает» написанное внизу страницы, в то время как больной просматривает только верхние строки. Получается, что голоса воспринимают подпороговые сигналы, не достигающие уровня сознания.

«Голоса» могут говорить медленно, нараспев, скороговоркой. Так, обычные по темпу голоса при обострении состояния начинают говорить «очень быстро». Их связная до этого речь становится разорванной, напоминает набор отдельных слов. Порою голоса возникают по типу наплывов, иногда их звучание прерывают внезапные паузы. В галлюцинациях между тем практически не встречается таких явлений, как заикание, парафазии, афазии, дизартрия и другой неврологической патологии, даже если она есть в речи больных.

Наблюдаются вербальные галлюцинации в виде неологизмов, а также вербигерации — нанизывание слов, непонятных ни самим больным, ни окружающим. Иногда больные утверждают, что слышат голоса на «иностранном языке» и при этом отлично понимают сказанное, хотя сами никакими языками не владеют — криптолалические галлюцинации. У полиглотов «голоса» могут звучать на чужих языках, включая и те, которые забыты — ксенолалические галлюцинации.

Слуховые галлюцинации могут быть разными по громкости, отчетливости, естественности. Чаще всего они звучат также, как и разговор окружающих людей. Иногда слышатся едва различимые, невнятные, «шелестящие», либо звучат оглушающе громко. Встречаются «предчувствия» голосов — «их нет, но я чувствую, что они вот-вот появятся». Бывает страх перед голосами, которые «должны» появиться. Галлюцинации обычно воспринимаются как живая, натуральная речь, но они могут слышаться как «по радио», с магнитофона, звучат как в «каменном мешке». Иногда они кажутся «нереальными». Нередко они индивидуализированы, в них узнаются известные больным лица. Порою звучит собственный голос пациента. Узнавание голоса того или иного человека, по-видимому, представляет собой факт бредовой интерпретации. Один и тот же голос может принадлежать разным лицам. Бывают «поддельные», «похожие на знакомые» голоса, принадлежащие, как считают больные, неизвестным лицам, и, напротив, голоса близких, «специально» искаженные до неузнаваемости. Например, голоса «имитируют» речь и мысли реальных людей. Больная даже «видит» при этом «изображения» людей, чьи голоса она слышит.

Источник галлюцинаций локализуется больными, как правило, в реальном окружении. Голоса воспринимаются звучащими где-то неподалеку, указывается даже направление, откуда они доносятся. Порой они звучат «вокруг», и больные не могут определить, с какой стороны их слышат. Иногда голоса локализируются на большом



отдалении, далеко за пределами реальной слышимости. Они могут восприниматься также вблизи или на поверхности тела, рядом с ушами («нашептывают на ухо»), в слуховых проходах. Но и в таких случаях голоса воспринимаются идущими извне по направлению к больным. Реже бывает обратное: голоса «отлетают», идут от больных по направлению вовне. Пациентка сообщает, что голос из головы иногда «вылетает» наружу, она даже видит удаляющийся блеск. В это время думает, что голос становится слышимым и для окружающих. Большей частью голоса улавливаются обоими ушами, но могут восприниматься и одним ухом — односторонние галлюцинации. Встречаются обманы слуха, возникающие одновременно с разнообразными синестезическими ощущениями.

Слуховые галлюцинации наблюдаются большей частью при формально неизменном сознании в клинической картине различных заболеваний. Некоторые особенности слуховых галлюцинаций могут иметь диагностическое значение. Галлюцинации угрожающего содержания, например, указывают на параноидный сдвиг настроения, обвиняющие или побуждающие к самоубийству, свидетельствуют о депрессии, благожелательные, одобряющие, хвалебные — о повышенном настроении. Симптом звучания мыслей, симптом эхо-чтения, дублирующие галлюцинации, галлюцинации с характером итераций (многократным повторением), контрастирующие галлюцинации чаще встречаются при шизофрении. Алкогольная тематика содержания обманов слуха выявляется при алкогольных психозах.

**Обонятельные галлюцинации.** Мнимые восприятия различных запахов. Это могут быть знакомые, приятные, вызывающие чувство отвращения, неопределенные или незнакомые запахи, с которыми ранее не приходилось встречаться. Проекция обонятельных галлюцинаций различна. Больные могут считать, что запахи исходят от окружающих объектов или утверждают, что пахнет от них самих, от ног, половых органов, изо рта и т. п. Иногда заявляют, что источником «запаха являются» внутренние органы.

Встречается необычная проекция обманов обоняния — запахи воспринимаются, например, внутри головы. Мнимые запахи нередко ассоциируются с бредовыми идеями. Так, неприятные запахи, исходящие от тела, сочетаются с явлениями дисморфомании (брета физического недостатка), запахи с внешней проекцией — с бредом отравления; запахи, идущие изнутри — с нигилистическими и ипохондрическими бредовыми идеями. Появление обонятельных галлюцинаций нередко опережает развитие собственно бреда.

**Вкусовые галлюцинации.** Ложные вкусовые ощущения, возникающие вне связи с приемом пищи или каких-либо веществ. Вкусовые галлюцинации могут возникать и во время еды — появляется необычный, несвойственный данной пище постоянный привкус («металлический», «привкус меди, цианистого калия, неизвестного яда» и т. п.). Вкусовые обманы иногда локализируются

«внутри» тела и объясняются большими «гниением, разложением» внутренних органов.

**Галлюцинации кожного чувства.** Разнообразные обманы восприятия, связанные с различными видами кожной чувствительности.

Тактильные галлюцинации — мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи, под нею. Обманы восприятия носят предметный характер. Больные утверждают, что чувствуют прикосновение рук, поглаживание, ощущают, как их обсыпают песком, пылью, колют иглой, царапают ногтями, обнимают, кусают, похлопывают, тянут за волосы, считают, что на коже или внутри ее находятся и перемещаются живые существа. Нередко тактильные галлюцинации локализуются в полости рта, где ощущается присутствие волос, крошек, проволочек, других посторонних предметов. Мнимое присутствие волоса в полости рта считается характерным для психозов, возникающих в связи с отравлением тетраэтилсвинцом. Кокаиновым психозам свойственны мнимые ощущения под кожей мелких предметов, кристаллов, насекомых — симптом Маньяна.

Гаптические галлюцинации — мнимые ощущения резкого схватывания, ударов, толчков, исходящих, по мнению больных, извне.

Эротические (генитальные) галлюцинации — мнимые ощущения непристойных манипуляций, производимых кем-то извне на половых органах.

Стереогностические галлюцинации — мнимые ощущения присутствия в руке какого-либо предмета — спичечного коробка, стакана, монеты и др. — симптом Равкина.

Температурные (термические) галлюцинации — ложные ощущения жжения, прижигания, охлаждения участка поверхности тела. В отличие от сенестопатий термические галлюцинации имеют предметный характер — «прикладывают раскаленную проволоку, прижгли утюгом» и т. п.

Гигрические галлюцинации — ложное ощущение присутствия на поверхности тела или под кожей капль жидкости, струй, потеков, крови и т. п.

**Интероцептивные (висцеральные галлюцинации, галлюцинации общего чувства).** Ложное ощущение присутствия внутри тела инородных тел, живых существ: мышей, собак, змей, червей, чувство дополнительных внутренних органов, «вшитых приборов», других предметов. Отличаются от сенестопатий телесностью, предметностью. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение. Больная утверждает, что в течение многих лет ее «мучают глисты». Гельминты, ранее заполнявшие брюшную полость, проникли недавно в грудную клетку, голову. Отчетливо

ощущает, как «аскариды» шевелятся, свиваются в клубки, переползают с места на место, присасываются к внутренним органам, задевают сердце, передавливают сосуды, закрывают просвет бронхов, копошатся под черепом. Больная настаивает на немедленной операции, считая, что в противном случае ей грозит гибель. Висцеральные галлюцинации обычно сопровождаются бредом одержимости. Разновидностью интероцептивных являются галлюцинации трансформации, выражающиеся чувством измененности конкретных внутренних органов: «Спались легкие, слипся кишечник, расплавился мозг, сморщился желудок и др.».

**Моторные (кинестетические) галлюцинации.** Мнимые ощущения простых движений или сложных действий. Больные чувствуют, как их пальцы сжимаются в кулак, поворачивается или качается голова, наклоняется тело, поднимаются руки, высовывается язык, перекашивается лицо. В острых психотических состояниях, в частности, при белой горячке, они ощущают, будто куда-то идут, убегают, выполняют профессиональные действия, разливают вино, в то время, когда на самом деле лежат в постели. Встречаются кинестетические вербальные и графические галлюцинации с мнимыми ощущениями движения артикуляционного аппарата и рук, свойственными говорению и письму. Ложные ощущения движения могут иметь насильственный характер — больных «заставляют» говорить, писать, передвигаться. Двигательные обманы вербального содержания большей частью принадлежат к псевдогаллюцинациям. Иногда встречаются автоматизмы письменной речи. По слонам одной из больных, она общается с богом весьма необычным, «удивительным» образом. Ее рука непроизвольно пишет тексты, причем, сама пациентка узнает о содержании последних позже, лишь прочитав написанное. Пишет, она «не думая», в это время «в голове нет никаких мыслей». Что-то двигает ее рукой, какая-то посторонняя сила, она лишь безропотно ей подчиняется.

**Вестибулярные галлюцинации (галлюцинации чувства равновесия).** Мнимые ощущения падения, опускания и подъема вверх, как на лифте или в самолете; вращения, кувывркания собственного тела. Может возникать чувство движения окружающих предметов, направленного в определенную сторону либо беспорядочного, хаотического — оптическая буря.

Объектом галлюцинаторного восприятия может быть собственное тело. При сыпном тифе наблюдается чувство удвоения тела — симптом двойника (Гиляровский, 1949). В состоянии спутанного сознания пациент ощущает лежащего рядом с ним другого, точно такого же человека, как он сам. Встречаются галлюцинации перевоплощения в животных (зооантропия): ликантропия — в волка, галеантропия — кошку, кинантропия — собаку. Может возникнуть чувство трансформации в неодушевленные предметы. Так, у больного появилось ощущение,

будто его тело превратилось в легковой автомобиль с ковшом впереди. Больной, как он позже рассказал, передвигался по

проезжей части дороги по всем правилам уличного движения: «тормозил», на поворотах «сигналил», сжимая кулаки и т. д. Нормальное ощущение тела на это время исчезло. Феномены подобного перевоплощения могут рассматриваться в качестве галлюцинаторного варианта деперсонализации. Такие явления часто свойственны состоянию онейроидного помрачения сознания.

В зависимости от условий возникновения различают следующие виды галлюцинаций.

#### **Функциональные (дифференцированные) галлюцинации.**

Развиваются одновременно с восприятием реального раздражителя и в пределах той же модальности ощущения. Чаще это слуховые, реже — зрительные галлюцинации. Например, под стук колес одновременно слышится повторение фразы: «Кто ты, что ты, кто ты, что ты...». При остановке поезда галлюцинация исчезает. При виде прохожего больной замечает, как из-за спины того выглядывает чья-то голова. В отличие от иллюзий и иллюзорного галлюциноза мнимые образы при функциональных галлюцинациях сосуществуют с адекватным восприятием реальных объектов.

**Рефлекторные галлюцинации.** В отличие от функциональных, являются имитацией реального стимула в иной модальности ощущения. Больная сообщает: «Слышу стук, кашель, скрип двери, и в то же время отдается в груди — будто там стукнули, кашлянули, повернули». Рефлекторные галлюцинации могут быть отставленными. Так, больная увидела разбитое окно, а несколько позже почувствовала в животе битое стекло. Утром она пролила керосин, а к обеду ощутила, будто «вся пропитана им», даже слышала его запах, шедший изнутри.

**Гипнагогические галлюцинации.** Возникают в полусне, при засыпании, при закрытых глазах, в состоянии легкой дремоты. Часто предвещают делириозное помрачение сознания. Обычно это зрительные, слуховые, тактильные галлюцинации. Могут появляться иногда двигательные и рече-двигательные галлюцинации — больным кажется что они встают, ходят, говорят, кричат, открывают двери... Гипнагогические галлюцинации четко разграничиваются больными со сновидениями. Понимание болезненности обманов восприятия появляется некоторое время спустя после пробуждения.

**Гипнопомпические галлюцинации.** Возникают при пробуждении от сна. Обычно это зрительные, реже — слуховые обманы восприятия. Гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации сочетаются с нарушениями сна и могут рассматриваться как частные варианты онирических обманов восприятия. Галлюцинации, как показывают клинические наблюдения, могут быть приурочены не только к фазам «медленного» сна. Так, встречаются необычайно яркие сновидения, к которым позже пациенты относятся как к реальным событиям. По-видимому, галлюцинации возникают и в фазу «быстрого» сна.

**Галлюцинации Боннэ.** Впервые описаны у больного, страдавшего старческой катарактой. Их появление связано с патологией глаз — катаракта, отслойка сетчатки, воспалительные процессы, операции на глазном яблоке. Это зрительные единичные или множественные, сценopodobные, в ряде случаев окрашенные и подвижные видения людей, животных, пейзажей. При малой интенсивности галлюцинаций критическое отношение пациентов к ним сохраняется. С усилением галлюцинаций понимание болезненности исчезает, появляется тревога, страх, нарушается поведение. Поражение аппарата улитки, невриты слухового нерва, серные пробки могут способствовать развитию слуховых обманов. Появление галлюцинаций Боннэ связано с патологической импульсацией из рецепторов, а также с сенсорной гипостимуляцией. Каждый из упомянутых факторов и в отдельности может облегчить развитие галлюцинаций. Как показывают многочисленные исследования, в условиях перцептивной и сенсорной депривации (ограничении потока внутренних и внешних стимулов) развиваются разнообразные психические нарушения — иллюзия поворота тела, снижение порога зрительной чувствительности, галлюцинации. Отмечают значительное феноменологическое сходство упомянутых нарушений с симптомами шизофрении. Гиперстимуляция также может облегчать появление галлюцинаций и оказывать влияние на их клиническую структуру. Зубная боль сопровождается иногда слуховыми галлюцинациями с проекцией в пораженные зубы. Слуховые галлюцинации чаще усиливаются в тишине и исчезают в шумной обстановке, но бывает и так, что шум способствует их появлению.

**Педункулярные галлюцинации Лермитта.** Возникают при поражении ствола мозга в области ножек. На фоне неполной ясности сознания наблюдаются зрительные лилипутные обманы зрения, обычно в вечерние часы, перед сном. Воспринимаются животные, птицы, обычно подвижные и окрашенные в естественные цвета. Критика к галлюцинациям может сохраняться. По мере их усиления она исчезает, присоединяется, тревога, страх.

**Галлюцинации Плаута.** Описаны при нейролепсии. Характерны громкие вербальные обманы, возможны бредовая трактовка с утратой критического отношения к ним, нарушения поведения.

**Галлюцинации Ван-Богарта.** Наблюдаются при лейкоэнцефалите. Множественные цветные видения зоологического содержания (животные, рыбы, птицы, бабочки) появляются в промежутках между приступами повышенной сонливости и сопровождаются беспокойством, нарастанием аффективной окраски мнимых образов. В последующем развивается делирий, сложные акустические расстройства, амнезия на период нарушенного сознания.

**Галлюцинации Берце.** Комбинированные оптико-кинестетические обманы восприятия. Больные видят на стенах светящиеся телеграммы, написанные чьей-то невидимой рукой. Встречаются при алкогольных психозах. Мы наблюдали пациентов с шизофренией,

читавших на стене короткие печатные, обычно стереотипные фразы, не имевшие какого-то ясного смысла. Фразы появлялись спонтанно, но могли возникать и после того, как внимание пациента удавалось привлечь к этому феномену.

**Галлюцинации Пика.** Зрительные обманы в виде людей, животных, воспринимаемых сквозь стены здания. Во время галлюцинаторных эпизодов у пациентов выявляются нистагм, диплопия. Описаны при поражении ствола мозга в области четвертого желудочка.

**Галлюцинации воображения Дюпре.** Связаны с длительно вынашиваемыми в воображении представлениями, идеями и созвучны последним по содержанию. Особенно легко развиваются у детей и лиц с болезненно обостренным воображением. В. А. Гиляровский называл подобные галлюцинации идентичными. Близки к ним «параноические рефлексорные галлюцинации воображения» (Завилянский и др., 1989, с. 86) — яркая визуализация образов представления с отчуждением их от личности и проекцией вовне. Галлюцинации нестойки, отрывочны. Генезис их связывают с обостренным болезненным воображением.

**Психогенные (аффектогенные) галлюцинации.** Отражают содержание эмоционально окрашенных переживаний в условиях психического потрясения. Характерны психологическая понятность содержания галлюцинаций, близость актуальным переживаниям больного, эмоциональная насыщенность, проекция мнимых образов вовне. Отличие галлюцинаций воображения от психогенных галлюцинаций можно показать на следующих примерах.

Больной, страдавший туберкулезом позвоночника, тяжело переживал физическое уродство. Боялся показываться на людях, считал, что все обращают на него внимание, относятся с чувством брезгливости, смеются над ним. В обществе чувствовал себя очень скованно и думал лишь о впечатлении, которое мог оставить у окружающих о себе. На улице постоянно слышал, как прохожие говорили о нем: «Ну и урод! Какой же урод! Горбун... Конек-горбунок...». В данном случае следует думать о галлюцинациях воображения, связанных с доминирующими переживаниями физического уродства и соответствующими ожиданиями.

Молодая женщина после смерти единственного ребенка две недели находилась в психотическом состоянии. Днем, чаще вечером, ночами видела свою дочь, слышала ее голос, разговаривала с ней, ласкала ее, заплетала волосы, кормила, собирала в школу, встречала по возвращении с уроков. В это время не сознавала, что дочери нет в живых. В последнем случае речь идет о психогенных галлюцинациях, характеризующих реактивный психоз. Психогенные включения нередко звучат в галлюцинациях эндогенных больных. Так, в психозе пациента, потерявшего жену, слышится ее голос, и сама она видится живой, так как больной сумел «оживить» ее. Возникновению психогенных галлюцинаций способствуют истерические черты характера, высокая внушаемость.

Психогенные галлюцинации, очевидно, связаны с активизацией механизмов психологической защиты. Содержание обманов восприятия часто воспроизводит желаемую обстановку, в то же самое время реальная, психотравмирующая ситуация игнорируется, представления о ней вытесняются.

**Ассоциированные галлюцинации Сегла.** Развиваются в клинической картине реактивных психозов. Фабула галлюцинаций отражает содержание психотравмирующих событий. Обманы восприятия появляются в логической последовательности: «голос» объявляет о факте, который тотчас видится, чувствуется. Ассоциированные галлюцинации могут возникать также при шизофрении. Так, «голос» говорит следующее: «Хочешь увидеть меня, иди в туалет. В темном углу увидишь меня в облике черта». Больная, действительно, пошла и увидела в туалете черта. В следующий раз «голос» заставил увидеть себя на экране телевизора в образе человека. Иногда он требовал «потрогать» себя, и больная ясно ощущала его шерсть. В другом наблюдении «голос колдуньи» говорил больному о том, как она выглядит. По мере того, что сообщалось, больной начинал видеть глаза, голову, туловище, конечности, затем, наконец, увидел ведьму целиком.

**Комбинированные галлюцинации.** Наблюдаются комбинации галлюцинаций разной сенсорной модальности, объединенные общностью содержания. Одним из вариантов такого сочетания являются синестезические галлюцинации Майер-Гросса — больные видят перемещающиеся фигуры людей и одновременно слышат их речь; видят цветы и чувствуют их запах.

**Индуктированные (внушенные) галлюцинации.** Возникают под влиянием внешнего внушения. Они могут иметь коллективный характер, чему способствует массивная эмоциональная охваченность, обычно возрастающая в толпе и ведущая к резкому повышению внушаемости. О существовании таких галлюцинаций известно давно, о них упоминается, в частности, в Библии. В толпе, пораженной суеверным ужасом, мистическим экстазом, воинственным пылом, в особенности у легко внушаемых лиц, быстро распространяются разнообразные обманы восприятия, имеющие чаще всего однотипный характер. Внушенные галлюцинации наблюдаются также при индуцированных психозах: обманы восприятия как бы передаются от больного к другим членам его семьи или лицам, находящимся с ним в тесном контакте. Различные галлюцинации, в том числе негативные, могут быть внушены в состоянии глубокого гипнотического сна. По выходе из последнего галлюцинации амнезируются.

Существует особая разновидность галлюцинаций, которые могут быть вызваны у больных с помощью специальных приемов. Симптом Липмана — белогорячечные зрительные галлюцинации появляются в момент надавливания на закрытые глаза пациента. Симптом Ашаффенбурга — по настоятельной просьбе пациент слышит мнимую речь и разговаривает по телефону (который отключен от сети или

неисправен). Симптом Рейхардта и Ригерта — больного можно заставить «прочсть» какой-либо текст на чистом листе бумаги. Симптом Пуркинье — надавливание на закрытые глаза пациента способствует появлению элементарных зрительных галлюцинаций. Проба Бехтерева — появление зрительных образов, внушаемых при легком надавливании на опущенные веки пациента. Проба Осипова — больной ощущает в кулаке мнимый предмет, который врач будто бы вложил ему туда. Наличие упомянутых симптомов свидетельствует о повышенной готовности к галлюцинированию. Особенно часто указанные симптомы бывают положительны при алкогольных психозах.

**Псевдогаллюцинации.** Впервые выделены и детально изучены русским психиатром В. Х. Кандинским (1890). Наиболее характерными для псевдогаллюцинаций В. Х. Кандинский считает следующие признаки:

— мнимые образы переживаются как находящиеся в представляемом пространстве, то есть, в отличие от истинных галлюцинаций они не проецируются в реальное пространство;

— псевдогаллюцинаторные образы отличаются от обычных образов представления тем, что носят произвольный, назойливый характер, им свойственны также завершенность, законченность образов, их детализация, они сопровождаются «чувством мучительности и тоскливости»;

— псевдогаллюцинаторные образы, если отсутствует помрачение сознания, не имеют характера объективной действительности и не смешиваются больными с реальными объектами.

Первая особенность псевдогаллюцинаций клинически проявляется следующим образом. Со слов больных, они воспринимают нечто не в реальном окружении, а «внутри головы», — «видят умом, головой, внутренним оком, умственным взором, мозгом», «слышат внутренним ухом, внутри головы, слышат головой, умственно». Иногда псевдогаллюцинации обнаруживают тенденцию к проекции за пределы психического «Я». Мнимые образы в этом случае локализуются «в глазах», в непосредственной близости от них, «в ушах, слуховом проходе, у корней волос».

Другой признак псевдогаллюцинаций состоит в том, что они, в отличие от образов представления, возникают спонтанно, произвольно, вопреки желанию и направлению внутренней активности больных, устойчиво удерживаются в их сознании. Иными словами, псевдогаллюцинации субъективно переживаются как «сделанные», возникающие под воздействием каких-то внешних сил. Чувство собственной активности, нередко сопровождающее восприятие истинных галлюцинаций, при псевдогаллюцинациях отсутствует: последние «внедряются», «вторгаются» в сознание пациента, переживаются как нечто чуждое его личности. Следует заметить, что упоминание «подстроенности», «сделанности» может



сопутствовать различным психопатологическим феноменам, включая истинные обманы восприятия. Феномен «сделанности» при псевдогаллюцинациях — это непосредственное, чувственное явление в отличие от бреда инсценировки, где происходящее в реальности и в обманах восприятия расценивается в контексте искусственно созданной ситуации. Возникновение и содержание псевдогаллюцинаций зачастую совершенно изолировано от того, что воспринимается в действительности или в данный момент переживается. Важной особенностью псевдогаллюцинаций вместе с тем является то, что внутренние аспекты «Я» не подвергаются в них столь тотальному отчуждению, как это свойственно галлюцинациям. Как указывают В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко и др. (1971), истинные галлюцинации адресованы скорее физическому «Я», в то время как псевдогаллюцинациям более свойственна направленность на психическое «Я» больных. Указанная особенность псевдогаллюцинаций выражается, в частности, в том, что псевдогаллюцинаторные персонажи нередко сами идентифицируют себя с личностью пациентов. Так, звучащий «в затылке» голос, говорит больной: «Я — твой мозг. Все, что ты слышишь от меня, — правда. То, что я заставляю делать, ты будешь выполнять, так как мои желания — это твои желания». Особенно это наглядно, когда псевдогаллюцинациям сопутствуют истинные обманы восприятия. При этом «внешние голоса» воспринимаются как «посторонние», а «внутренние голоса» переживаются с ощущением близости к «Я», в интимной связи с внутренним миром пациента — «голос мой, как будто моя душа со мной разговаривает». Пациентка одновременно слышит голоса «в душе», «в голове справа» и вне себя, полагая, что временами внутренние разговоры «выходят наружу». При этом утверждает, что все эти голоса звучат как «ее собственный». Псевдогаллюцинаторные образы отличаются от образов представления чувственной яркостью, сенсорностью, детализацией, порой не уступая в этом отношении истинным галлюцинациям.

Третья особенность псевдогаллюцинаций состоит в том, что они не смешиваются с образами восприятия и представления. Больные говорят об «ином мире», «другом измерении», «об особых видениях и голосах» и уверенно отличают их от внешних объектов и воспоминаний. На высоте приступа болезни псевдогаллюцинации могут отождествляться больными с реальностью (Сум-баев, 1958). Критическое отношение к псевдогаллюцинациям отсутствует.

Следует отметить, что внутренняя проекция обманов восприятия свойственна не только псевдогаллюцинациям.

Иллюстрацией к изложенному может служить следующее наблюдение. Больной на протяжении ряда лет слышит «голоса», воспринимая их «внутри головы». Этих «голосов» обычно несколько — от семи до двенадцати, иногда остается один-два, временами их становится очень много. Больной считает, что звучит его собственный голос, он может «раздваиваться» или разделяться на множество отдельных голосов. Все голоса, по мнению больного, носят его собственное имя. Они говорят между собой о нем, на

другие темы, обращаются непосредственно к нему, он может разговаривать с ними. Воспринимаются отчетливо, с ясно выраженным оттенком звучания, порой «голоса» громко кричат. Больной называет их «галлюцинацией», не смешивает с разговорами окружающих. Вместе с тем, он думает, что в голове живут и разговаривают «невидимые, маленькие люди», которые рождаются, живут и умирают. Обманы восприятия сопровождаются весьма тягостным чувством, желанием избавиться от них, сознание болезни вместе с тем отсутствует.

Как подчеркивает А. В. Снежневский (1970), псевдогаллюцинациям патогномонично чувство насильственного воздействия извне. Больные сообщают, что «голоса» звучат не сами по себе, а их «делают, передают, транслируют, вызывают, внушают, вкладывают» посредством специальной аппаратуры, гипноза. Источник «голосов» может локализоваться больными на большом расстоянии; «передачи» осуществляются с помощью волн, токов, лучей, биополя, которые преобразуются, «озвучиваются» мозгом или особыми устройствами, размещенными в голове. Точно также больным «делают видения, показывают образы, демонстрируют картины», «вызывают запахи», «раздражают внутренние органы», «прижигают кожу», «заставляют двигаться» и т. п.

Насильственный оттенок переживания обманов восприятия некоторые исследователи трактуют иначе. В. А. Гиляровский (1949) не склонен употреблять в качестве синонимов псевдогаллюцинации Кандинского и психические галлюцинации Байярже, отчуждаемые от «Я». По мнению И. С. Сумбаева (1958), следует разграничивать псевдогаллюцинации Кандинского, обнаруживающиеся при наличии единого «Я» больного и психические галлюцинации, развивающиеся при расстройстве самосознания в форме удвоения «Я» и характерные для синдрома Кандинского-Клерамбо. Автор считает, что возникающие с характером отчуждения психические галлюцинации Байярже — это особый вид болезненных идей (ксенопатические идеи Гиро).

**Объективные признаки обманов восприятия и образов представления.** Помимо субъективных существуют внешние (объективные) признаки обманов восприятия, различные при галлюцинациях и псевдогаллюцинациях. Прежде всего это поведенческие реакции больных на факт и содержание возникающих обманов.

К галлюцинациям больные относятся по существу точно также, как к соответствующим реальным явлениям. Пациенты пристально во что-то всматриваются, отворачиваются, закрывают глаза, озираются, отмахиваются, защищаются, пытаются дотронуться или схватить что-то рукой, прислушиваются, затыкают уши, принимают, закладывают носовые проходы, оближаются, сглатывают слюну, сплевывают, сбрасывают что-то с поверхности тела. Под влиянием галлюцинаций совершаются различные поступки, отражающие содержание обманов восприятия: больные прячутся, что-то

отыскивают, ловят, нападают на окружающих, пытаются убить себя, разрушают предметы, обороняются, спасаются бегством, обращаются с жалобами в соответствующие учреждения. При слуховых галлюцинациях разговаривают вслух с «голосами». Как правило, больные считают, что окружающие воспринимают то же, что и они в галлюцинациях — слышат такие же голоса, испытывают те же видения, ощущают запахи. Отчетливо выражены эмоциональные реакции, характер которых отражает содержание обманов восприятия: страх, ярость, отвращение, восторженность. Наблюдаются также вегетативные реакции, возникают своеобразные соматические ощущения, сопутствующие галлюцинациям.

Иначе обстоит дело при псевдогаллюцинациях. Как правило, отсутствуют признаки внешней направленности внимания. Больные поглощены своими переживаниями, на происходящее вокруг отвлекаются с трудом, без всякого интереса. Псевдогаллюцинации часто сопровождаются внешним бездействием больных. Нарушения поведения тем не менее могут иметь место, особенно если возникают обманы восприятия угрожающего и императивного содержания. Больные с псевдогаллюцинациями обычно уверены в том, что обманы восприятия касаются только их и не распространяются на окружающих. При вербальных псевдогаллюцинациях, в отличие от истинных, больные «общаются» с «голосами» мысленно, внешне незаметным образом, а не вслух. «Общение» может быть произвольным: пациентка говорит, что «мысленно, поневоле» должна была отвечать на вопросы «голосов».

**Галлюциноиды.** Начальные или рудиментарные проявления зрительных галлюцинаций. Им свойственны фрагментарность, сенсорность, тенденция к экстеропроекции образов при нейтральном созерцательном и обычно критическом отношении к ним больных (Ушаков, 1969). Е. А. Попов указывает, что галлюциноиды являются промежуточной стадией при развитии или исчезновении истинных галлюцинаций (1941).

**Эйдетизм.** Способность некоторых лиц мысленно представлять и длительно сохранять яркий образ объекта или целые картины после того, как эти объекты или картины были восприняты. Чаще выражена в отношении зрительных, тактильных и слуховых образов. Впервые описана V. Urbantschitsch в 1888 г. В отечественной литературе явление эйдетических образов описано А. Р. Лурия, наблюдавшего человека с феноменальной зрительной памятью. Эйдетические образы могут сохраняться неизменными 10 секунд и более. Некоторые эйдетики способны вызывать эйдетические образы много позже того, как они были зафиксированы. Чаще эйдетические способности встречаются в детском и юношеском возрасте, в дальнейшем постепенно исчезают, сохраняясь лишь у некоторых взрослых людей. Такими яркими образами обладали некоторые известные художники. В связи с этим одни исследователи рассматривают эйдетизм как стадию возрастного развития памяти, другие — как более или менее постоянную конституциональную черту личности.

Показано, что проявления эйдетизма могут быть и временной болезненной особенностью лиц, страдающих галлюцинациями (Попов, 1941). Иллюстрацией может служить следующее клиническое наблюдение. В остром психотическом состоянии наряду с галлюцинациями у больного шизофренией возникали разнообразные эйдетические образы. По его словам, он достиг высшей степени йоги — «раджа-йоги». Больной легко вызывал яркие образы известных ему людей, произведений искусства, иллюстраций к книгам, воспроизводил бытовые сцены прошлого. Отчетливо, со звучанием вспоминал знакомые мелодии. Под аккомпанемент музыки в красочные зримые картины облекались продукты его фантазии. Образы могли быть неизменными либо произвольно сменялись, комбинировались. По выходе из состояния острого психоза эйдетические образы исчезали.

Пожалуй, не следует отождествлять эйдетические образы с динамичными и очень яркими воспоминаниями, упомянутыми в только что приведенном наблюдении. Строго говоря, эйдетический образ — пассивный статичный отпечаток только что воспринятого из реального мира. Особая яркость воспоминаний у психических пациентов зачастую касается не только свежих, но и далеких впечатлений. Столь же яркими могут быть образы фантазии. Игра воображения при этом носит скорее пассивный характер и направляется кататимными механизмами. При усилении оформляется в бредоподобные фантазии, в образный бред, а при значительном обострении болезненного состояния — в галлюцинации.

Эйдетизм, как и галлюцинации, можно определить как «восприятие без объекта». В отличие от галлюцинаций эйдетизм является результатом действия предшествующих внешних раздражителей, образы возникают и исчезают произвольно, не идентифицируются с реальностью. От обычного образа представления эйдетический отличается высокой степенью сенсорности и детализации.

При психическом заболевании может наблюдаться также ослабление или утрата способности к представлениям и ярким воспоминаниям. Так, больная в депрессии «потеряла представление» о том, как выглядят муж, дети, родственники-, знакомые, «забыла», какова ее квартира, боится, что не сможет узнать свой дом. Не может вспомнить запах духов, не припоминает ни одной мелодии, забыла, как звучат голоса близких. Лишь изредка и ненадолго в ее сознании появляются скудные и блеклые образы прошлого. До болезни, по ее словам, она всегда отличалась хорошей образной памятью. Выпадение образов представления — признак интеллектуальной заторможенности, свойственной депрессивным состояниям.

**Нарушения сенсорного синтеза.** Искаженное восприятие величины, формы своего тела и окружающих предметов. Идентификация объектов, в отличие от иллюзии, при этом не нарушена.

**Метаморфопсии.** Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом. Предметы кажутся увеличенными — макропсия, уменьшенными — микропсия, перекрученными вокруг оси, удлинёнными, скошенными — дисмегалопсия. Вместо одного видится несколько одинаковых предметов — полиопсия. Искажение схемы воспринимаемых предметов обычно сопровождается изменением восприятия структуры пространства. Оно сокращается, удлиняется, предметы отдаляются, приближаются, улица кажется бесконечно длинной (порропсия), здания видятся более высокими, низкими, короткими, чем они есть на самом деле.

Метаморфопсии возникают вследствие органического повреждения теменно-височных отделов головного мозга. Поскольку восприятие пространственных отношений обеспечивается правым (субдоминантным) полушарием, следует ожидать, что метаморфопсии связаны с топикой очага поражения в правой гемисфере. Весьма часто метаморфопсии наблюдаются в клинической структуре парциальных эпилептических припадков. Нередко встречаются жалобы пациентов, внешне напоминающие метаморфопсии, но в действительности обусловленные иными причинами. «Все как-то отодвинулось, воспринимается маленьким, как на удалённом расстоянии». Здесь нет собственно искажения восприятия размеров и структуры предметов, речь идет об утрате сопереживания, эмоционального отклика, ощущения чуждости окружающего.

**Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела).** Искажение формы или величины своего тела. При тотальной аутометаморфопсии тело воспринимается увеличенным — макросомия, уменьшенным — микросомия. При парциальной аутометаморфопсии увеличенными либо уменьшенными воспринимаются отдельные части тела. Иногда чувство увеличения одной части тела воспринимается одновременно с ощущением уменьшения другой. Тело, какая-либо его часть может восприниматься изменившейся лишь в одном измерении — казаться удлинённой, вытянутой, укороченной. Изменения могут касаться объема, формы: утолщение, похудание. Голова, к примеру, кажется «квадратной». Указанные нарушения возникают чаще при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Они могут быть постоянными, либо эпизодическими, появляющимися особенно часто при засыпании. При резко выраженных нарушениях тело воспринимается искаженным до неузнаваемости, в виде бесформенной массы. Так, при закрытых глазах больная ощущает свое тело в виде лужицы, растекающейся по стулу, сбегаящей на пол и расплывающейся по его щелям и трещинам. При открытых глазах тело воспринимается нормально.

Может быть нарушено восприятие положения частей тела в пространстве: голова кажется повернутой затылком вперед, ноги и руки — вывернутыми, язык — свернувшимся в трубочку. У одной из больных появлялось ощущение, будто ноги подняты вверх, охватили шею и сплелись вокруг нее. Встречается нарушение восприятия

единства тела, отдельные его части ощущаются в разобщении друг от друга. Голова воспринимается на некотором расстоянии от туловища, крышка черепа как бы приподнимается и висит в воздухе, глаза вышли из орбит и находятся впереди лица. При ходьбе кажется, будто нижняя часть тела идет впереди, а верхняя находится позади, ноги ощущаются где-то сбоку. Тело может восприниматься как механическое соединение отдельных частей, «рассыпавшимся, склеенным».

Явления аутометаморфозии неоднородны. Часть их несомненно, обусловлена локальными органическими повреждениями головного мозга, в других случаях их следует рассматривать в контексте соматопсихической деперсонализации. Дифференциальная диагностика весьма затруднена.

Обманы ориентации в пространстве могут проявляться в виде синдрома поворота окружающего. Окружающее кажется повернутым на 90 или 180° в горизонтальной, реже — в вертикальной плоскости. Различают просоночный, ситуационный и «припадочный» варианты синдрома поворота окружающего (Короленок, 1945). В первом случае нарушение ориентации возникает в состоянии просоночной оглушенности, обычно в темноте при закрытых глазах. Проснувшись, больной долго не может сообразить, где находится дверь, окна, в какой стороне его голова, ноги. Ситуационные обманы ориентации возникают в бодрствующем состоянии при функционирующем зрении, но лишь в особой пространственной ситуации — локализации основного ориентира вне поля зрения. «Припадочный» вариант синдрома поворота наблюдается в бодрствующем состоянии, в обычной пространственной ситуации и связан, как предполагается, с преходящими вегетативно-сосудистыми нарушениями в системах, обеспечивающих восприятие пространства. Может сочетаться с явлениями дереализации.

Расстройства восприятия времени. Нарушение восприятия скорости и плавности течения времени, а также темпа течения реальных процессов. Течение времени может восприниматься ускоренным — время идет быстро, незаметно, длительность временных интервалов кажется резко сократившейся. Больная сообщает, что не замечает, как идет время. Ей кажется, что не наступил и полдень, тогда как на самом деле уже вечер. Она прилегла немного отдохнуть и не заметила, как прошел день. Утром просыпается с чувством, что только что легла, едва успела закрыть глаза, ночь пролетела в одно мгновение. Течение времени может восприниматься замедленным — «ночь, кажется, никогда не кончится...

просыпаюсь с ощущением, что должно быть утро, погляжу на часы, а спал всего несколько минут...». Иногда возникает чувство остановки времени: «Время не идет, стоит на месте». Может появляться ощущение дискретности времени, его разорванности — в сознании фиксируются лишь отдельные моменты, а интервалы между ними не оставляют в памяти никакого следа, прерывается цепь событий, время внезапно, без последовательного развития, в виде скачка

становится прошлым. «Кажется, за утром тотчас следует вечер, солнце тут же сменяется луной, люди идут на работу и сразу возвращаются обратно...». Может утрачиваться различие между прошлым, настоящим и будущим: «Прошрое, настоящее и будущее находится в одной плоскости, они рядом, и я могу переставить их, как карточки, с одного места на другое. Не удивлюсь, если увижу на улице рыцаря или гладиатора — они для меня не в прошлом, а в сегодня. Я говорю с вами сейчас, и это останется во мне как то, что происходит теперь, а для вас уйдет в прошлое. Будущее тоже происходит сейчас, это не то, что будет когда-то, но уже существует в данный момент». Бывает так, что отдаленные события (вспоминаются как только что происшедшие, а случившееся совсем недавно относится к давно минувшему).

Темп течения реальных процессов также может восприниматься ускоренным либо замедленным. Кажется, что транспорт, люди двигаются быстрее обычного, все воспринимается как на ускоренной киноплёнке — цайтрафтер. Иногда, напротив, движения и речь окружающих кажутся замедленными, машины едут необычайно медленно — цайтлюпен.

Восприятие себя может проецироваться вовне. Так, возбужденная больная считает, что это окружающие люди беспокойны и очень быстро двигаются; замедлены движения не у нее, а у присутствующих.

Механизмы возникновения нарушений восприятия изучены недостаточно. Единой теории, объясняющей патогенез галлюцинаций нет. Исторически первой сложилась периферическая теория происхождения галлюцинаций, согласно которой они возникают в связи с болезненным раздражением периферического отдела соответствующего органа чувства (глаз, уха, рецепторов кожи и др.). Периферическая теория ныне утратила свое значение. Установлено, что галлюцинации возникают в большинстве случаев при нормальном состоянии органов чувств. Они могут наблюдаться даже при полном разрушении органов чувств или перерезке соответствующих проводников чувствительности.

С позиций психологической теории возникновение галлюцинаций объясняется усилением образов представления, подтверждение чему виделось в особенностях эйдетизма. Неврологическая теория связывала появление галлюцинаций с повреждением определенных церебральных структур, в частности, подкорковых образований. С. С. Корсаков (1913) отдавал предпочтение центральной теории возбуждения коркового аппарата с иррадиацией этого возбуждения в направлении сенсорного аппарата. О. М. Гуревич (1937) объяснял возникновение галлюцинаций нарушением согласованности летальных и фугальных компонентов восприятия и их дезинтеграцией, чему способствуют нарушения сознания, вегетативной регуляции и расстройства проприоцептивной чувствительности.

Физиологические теории возникновения галлюцинаций, в основном, базируются на учении И. П. Павлова. В основе галлюцинаций, по И. П. Павлову, лежит формирование очагов патологической инертности возбуждения в различных инстанциях коры головного мозга, обеспечивающих анализ первых и вторых сигналов действительности. И. П. Павлов считал, что указанные нарушения высшей нервной деятельности обусловлены биохимическими изменениями в головном мозге. Е. А. Попов (1941) подчеркивает роль гипноидных, фазовых состояний и в первую очередь парадоксальной фазы торможения в генезе галлюцинаций. Основываясь на фармакологических опытах с применением кофеина и брома и результатах исследований механизмов сна, он показал, что слабые раздражители — следы ранее пережитых впечатлений при наличии парадоксальной фазы торможения могут резко усиливаться и порождать образы представлений, субъективно переживаемые как образы непосредственных впечатлений. А. Г. Иванов-Смоленский (1933) объяснял экстеропроекцию образов истинных галлюцинаций распространением инертного возбуждения на корковую проекцию зрительной или слуховой аккомодации. Псевдогаллюцинации, по мнению автора, отличаются от истинных галлюцинаций локальностью явлений патологической инертности раздражительного процесса, распространяющегося преимущественно на зрительную или слуховую области.

Сходство патологических изменений психики в условиях изоляции и «сенсорного голода» с психопатологическими явлениями, наблюдающимися при различных психозах, породило исследования, в которых была установлена роль сенсорной депривации в происхождении галлюцинаций. Современные исследователи электрофизиологической природы сна связывают механизм галлюцинирования с укорочением фазы быстрого сна со своеобразной пенетрацией фазы быстрого сна в бодрствование (Snyder, 1963). Многочисленными работами последних десятилетий выявлена связь между появлением различных психических расстройств, в том числе галлюцинаций, и нарушениями обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе. Значительное место отводится нарушениям обмена дофамина и повышению активности дофаминэргических структур головного мозга. Применение в лечении больных психотропных веществ, связывающихся с дофаминовыми рецепторами, например, галоперидола, приводит в ряде случаев к резкому снижению интенсивности галлюцинаций вплоть до полного их прекращения.

Со времени открытия эндогенных морфиноподобных пептидов — энкефалинов и эндорфинов (Huges et al., 1975; Telemacher, 1975) появились указания на то, что некоторые из них осуществляют медиаторные функции в специфических нейрональных системах мозга. Выдвинута гипотеза о роли эндорфинов в патогенезе психических заболеваний (Verebey et al., 1978; Гамалея, 1979), согласно которой последние связаны с недостатком эндорфинов у рецепторных участков либо с аномалией эндорфинов. Показано, что



антагонист эндорфинов — налоксон ослабляет слуховые галлюцинации у больных шизофренией.

### 3.1. Психология внимания

До человека доходит огромное число раздражений, однако он отбирает самые важные из них и игнорирует остальные. Из большого числа возможных движений он совершает лишь некоторые, входящие в состав его действий, и тормозит остальные. Возникает большое число ассоциаций, но он сохраняет немногие и абстрагируется от посторонних, мешающих целенаправленному потоку мышления. Осуществление отбора нужной информации, обеспечение избирательных программ действий и сохранение постоянного контроля над их осуществлением называется вниманием (Лурия, 1975).

Различают следующие основные свойства внимания: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость (Рубинштейн, 1946). Под объемом внимания понимают то число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания. Считается, что объем внимания равен емкости короткой памяти и составляет  $7 \pm 2$  единиц информации. Концентрация или избирательность внимания характеризуется интенсивностью его сосредоточения на объекте деятельности. Избирательность внимания — это степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности. Чрезмерная концентрация внимания (гиперпрозексия) проявляется рассеянностью, излишней поглощенностью чем-либо, когда не замечаются иные важные стимулы, как внешние, так и внутренние. Распределяемость внимания тесно связана с его объемом, однако речь в данном случае идет о возможности не одного, а, по крайней мере, двухфокального внимания, концентрации его не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов. Под устойчивостью внимания принято понимать ту длительность, с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер. Переключаемость внимания состоит в способности быстро выключиться из одних установок и включиться в новые, соответствующие изменившимся условиям.

Существует по меньшей мере две группы факторов, которые обеспечивают избирательный характер психических процессов: структура внешних раздражителей (структура внешнего поля) и различные внутренние факторы, относящиеся к деятельности самого субъекта (структура внутреннего поля). К первой группе факторов, определяющих направление, объем и устойчивость внимания, относятся интенсивность раздражителя, его новизна, и структурная организация внешних раздражителей. Ко второй группе факторов, определяющих направление внимания, относится то влияние, которое потребности, интересы и установки субъекта оказывают на его восприятие и деятельность.

Различают два основных вида внимания — непроизвольное, пассивное и произвольное, активное. О непроизвольном внимании говорят в тех случаях, когда око привлекается сильным, новым либо интересным (соответствующим потребности) раздражителем. Механизмы непроизвольного внимания у человека и животных являются общими, их основу составляет ориентировочный рефлекс. Произвольное внимание свойственно лишь человеку. Оно обнаруживается в том, что субъект может намеренно сосредоточивать свое внимание то на одном, то на другом объекте. Механизмы произвольного внимания социальны по своему происхождению и опосредованы внутренними речевыми процессами.

Нарушение внимания является одним из самых важных симптомов патологического состояния и его исследование может внести важные данные в диагностику мозговых поражений (Лурия, 1975). При массивном поражении глубоких отделов мозга (верхнего ствола, стенок третьего желудочка, лимбической системы) могут наблюдаться явления выпадения или угасания ориентировочного рефлекса, а также его инертности. Клинически это проявляется в том, что больные обнаруживают резкие признаки вялости, апатичности, вообще не реагируют на происходящее либо проявляют признаки повышенной возбудимости и чрезмерной отвлекаемости на любые раздражители. Наиболее типичные примеры нарушения высших форм внимания дают больные с поражением лобных долей мозга (особенно медиальных его отделов). Выпадения ориентировочного рефлекса у больных часто не наблюдается, однако сосредоточить их на выполнении какого-либо задания речевой инструкцией оказывается невозможно, речевая регуляция ориентировочного рефлекса грубо нарушается.

### 3.2. Психопатология внимания

При **психических заболеваниях могут** возникать такие нарушения внимания, как сужение объема, уменьшение глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменения направленности внимания, парaproзексия, апрозексия, ослабление распределяемости внимания.

**Сужение объема внимания.** Проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. При выполнении какой-либо работы легко теряются из виду те или иные требования к ней, учитываются одни и не принимаются в расчет другие обстоятельства. Больные становятся рассеянными, забывчивыми. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше, чем они могут удержать в зоне активного внимания. Яркий пример резкого сужения объема внимания приводит Е. Блейлер (1920). Больной прогрессивным параличом

прыгает из окна за увиденным на земле окурком, забывая, что находится на втором этаже здания и прыжок опасен. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

**Уменьшение глубины внимания.** Характеризуется преобладанием пассивного внимания над активным. Клинически это выражается повышенной отвлекаемостью, ослаблением наблюдательности, поверхностным характером и неустойчивостью внимания. Больные оказываются не в состоянии центрировать внимание на чем-то одном, долго сосредоточиться на каком-нибудь деле, не доводят начатое до конца, отвлекаясь «а что-либо другое. Им трудно развить мысль до логического завершения, ограничиться рамками темы разговора. Вопросы выслушиваются невнимательно, их приходится повторять, ответы даются невпопад, не продумываются, больные все время отвлекаются посторонними вещами, воспоминаниями, соображениями. Тяжелая степень отвлекаемости внимания — гиперметаморфоз — проявляется полной утратой способности к активному сосредоточению. Внимание распыляется на случайные внешние раздражители и, не задерживаясь на одном объекте, тотчас переводится на любой другой, оказавшийся в поле зрения.

У детей, которым вообще свойственно преобладание пассивного внимания над активным, нередко встречаются состояния, во время которых они могут подолгу заниматься интересными для них вещами, но при всем том неспособны к делу, требующему волевого усилия. Например, их трудно усадить за уроки, заставить делать что-нибудь скучное. Снижение способности концентрировать внимание (гипопрозеция) наблюдается при астенических состояниях.

**Чрезмерная истощаемость внимания.** Выражается снижением способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности в силу свойственной больным повышенной утомляемости. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

**Тугоподвижность внимания.** Проявляется неспособностью к быстрому и частому переключению внимания с одного явления или деятельности на другие, инертностью установок, прилипчивостью, застреваемостью в беседе на какой-либо теме, затруднениями в смене целевых направлений.

**Нарушение направленности внимания.** Это проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях, отношениях с людьми. Часто ведутся дневники, где скрупулезно описываются переживания, рассуждения о смысле жизни, отражается наивное стремление понять себя или,

по выражению больного, «найти сущность своего «Я». Рефлексия становится самоцелью и основным содержанием внутренней жизни, все прочее отодвигается на второй план. При ипохондрической фиксации внимания оно целиком сосредоточено на самочувствии, болезненных ощущениях, вопросах здоровья: «Мой мир сузился, в нем нет ничего, кроме болезни. Я думаю только о ней и ни о чем другом. Все остальное отдалилось и потеряло всякий смысл», — так описывает больной свое состояние. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни. Вспоминаются неприятные эпизоды прошлого, в настоящем выделяются, в основном, мрачные события, восприятие будущего окрашено тонами безысходности. Нередко внимание обращено преимущественно в прошлое. Весьма характерно, что внимание часто бывает приковано к навязчивым переживаниям, галлюцинациям, бреду до такой степени, что отвлечься от них пациенты не могут. Очевидно, что указанные нарушения сопровождаются исключением высших, произвольных форм внимания.

Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего. В беседе с врачом больной может небрежно отвечать на вопросы, оставить их без внимания, не обнаруживает никакого интереса к тому, что решается, быть может, его судьба. Он занят, главным образом, тем, что разглядывает пятна на стене, вытягивает из одежды и скручивает нитки, чистит ногти, вертит пуговицы, перебирает на столе бумаги, что-то рисует, рассматривает обувь. Как указывает В. А. Гиляровский (1954), одновременно с ослаблением активного внимания пассивное внимание больных шизофренией может сохраняться на достаточно высоком уровне. Больные как будто не обращают на присутствующих никакого внимания, не дают ориентировочных реакций и вообще как бы не реагируют на окружающее. Между тем оказывается, что все происходящее не прошло мимо их внимания, причем ими были подмечены некоторые тонкие, совсем не бросающиеся в глаза детали. Существует гипотеза о связи нарушения внимания при шизофрении с тенденцией больных реагировать на недоминантные стимулы (Broen, Storms, 1966). По мнению D. Shachov (1962), «отклоняющееся внимание» выступает как фундаментальное когнитивное (познавательное) нарушение у больных шизофренией.

**Парапрозексия.** Своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

**Апрозексия.** Выключение как произвольного, так и непроизвольного внимания, полное отсутствие интереса к происходящему и невозможность пробудить этот интерес с помощью внешнего поощрения.

**Ослабление способности к распределению внимания.** Связано с ограничением объема внимания. Пациент оказывается не в состоянии заниматься одновременно двумя или большим числом

разных дел. Например, он не может отсчитывать от 200 по 13 и называть вслух каждый третий результат, то есть, считать и одновременно следить за порядком называния цифр.

Расстройства внимания в виде истощаемости, неустойчивости, повышенной отвлекаемости являются характерным признаком астенических состояний. При органических нарушениях психики нередко выявляется, помимо этого, значительное сужение объема внимания, его инертность, тугоподвижность. Гиперметаморфоз наблюдается при острых нарушениях психической деятельности, сопровождающихся растерянностью, может возникать на высоте маниакального возбуждения. Патологическая рефлексия чаще всего встречается в начале шизофрении, дебютирующей в подростковом и юношеском возрасте. Ипохондрическая фиксация внимания является одним из важных признаков ипохондрического синдрома. «Отклоняющееся внимание» наблюдается при шизофрении.

#### **4.1. Психология памяти**

Память — это психическая функция, которая обеспечивает фиксацию (рецепцию, импрегнацию), сохранение (ретенцию) и воспроизведение (репродукцию) различных впечатлений, дает возможность копировать информацию и пользоваться прежним опытом. Существует, кроме того, особый механизм памяти — импринтинг (запечатление), включающийся вскоре после рождения и фиксирующий объекты первой, наиболее прочной привязанности. Можно говорить также о таком процессе памяти, как забывание, закономерности которого изучены в психологии.

Явления памяти могут в равной степени относиться к эмоциональной сфере и сфере восприятий, закреплению двигательных процессов и интеллектуального опыта. В соответствии с этим различают несколько видов памяти. Образная память — способность запоминать образы предметов: зрительные (зрительная или иконическая память), слуховые (слуховая или эхоическая память), вкусовые и др. Понятием двигательная память определяют способность запоминать последовательность и формулы движений. Выделяют память на внутренние состояния, например, эмоциональные (эмоциональная память), висцеральные ощущения (боль, дискомфорт и т. д.). Возможно формирование матрицы памяти, отражающей характеристики целостной системы связей устойчивого патологического состояния. Эта система связей может воспроизводиться мозгом по памяти даже после того, как патологический фактор уже устранен. Учет этого обстоятельства необходим для понимания патогенеза и лечения хронических заболеваний. Специфической для человека является символическая память, в которой различают память на слова (символы) и память на мысли, идеи (логическая память).

Индивидуальная память различается по объему, скорости, точности и прочности запоминания. Объем памяти исчисляется количеством информации, которая может быть в ней зафиксирована. Расчеты

объема памяти человека показали, что он значительно превосходит возможности современных компьютеров и составляет до 1023 единиц информации. В отношении каждого из упомянутых качеств память одного человека отличается от памяти другого. Встречаются лица, обладающие поразительной памятью. Известно, что феноменальной была память А. Македонского, Сенеки, Римского-Корсакова, Наполеона, Алехина. Наполеон, например, будучи офицером, прочел однажды юридический кодекс Юстиниана и затем на протяжении всей жизни цитировал тексты статей законов наизусть. Запоминание (быстрота, точность, воспоминание) и забывание во многом зависят от личностных качеств, конкретного отношения данного человека к тому, что подлежит запоминанию.

Запоминание связано с отношением к впечатлениям. Так, родители, читающие детям бесконечные нотации, напрасно рассчитывают на то, что дети их запомнят — негативные впечатления плохо запоминаются. Важное значение для запоминания имеет спонтанность мышления — умственные стереотипы приводят к интеллектуальной слепоте. Очевидно, что и запомнить лишнее смысла трудно и незачем. Способствуют лучшему запоминанию частые рассказы о каких-то впечатлениях. Плохие рассказчики обычно не пишут мемуаров. Весьма важным для запоминания является состояние сознания и чувств, тот контекст, в котором существует событие. Тульвинг с соавторами выдвинули гипотезу о специфичности кодирования впечатлений в зависимости от ситуации. Известно, что лучше запоминается то, что нужно, интересно или то, что оказалось незавершенным. Так, досадные ситуации, в которых не удалось поставить точку, помнятся особенно долго. Улучшает запоминание проговаривание впечатлений, которые благодаря этому интегрируются в словесно-логические структуры памяти. Наконец, материал запоминается лучше при углублении «в предмет, когда он связан с другими фактами в различных контекстах и под разными углами зрения.

При воспоминании, как и запоминании, важен контекст, наличие опорных точек, объектов для сравнения. Поэтому именно узнавание, а не оторванные от контекста воспоминания считаются более надежным показателем фактически усвоенного материала (т. е. тесты на выбор верных ответов).

В забывании, как упоминалось, важную роль играет вытеснение (мотивированное забывание). Пожилые люди скорее забывают недавние события. В основном потому, что им труднее организовать информацию, которую предстоит вспомнить. Забывание событий первых трех-четырех лет жизни — детская амнезия, связывается с разными причинами, особое значение придается неразвитому самосознанию. Быстро забывается неиспользованная информация, чему немало способствует традиционная система обучения — она не учит пониманию важности полученных в годы образования знаний. Забывание связано также с таким явлением, как интерференция. Проактивная интерференция выражается в том, что события, происшедшие до запоминания, ему мешают. Запоминанию могут

мешать также события, случившиеся после запоминания — ретроактивная интерференция.

Существуют различные приемы запоминания — мнемотехника. Это, например, метод локальной привязки, метод группировки, метод акронимов и акростихов и многие другие. Использование приемов мнемотехники позволяет намного улучшить эффективность памяти.

Различают произвольную и произвольную память. В первом случае запоминание сопровождается деятельностью человека и не связано со специальным намерением запомнить что-либо. Произвольное запоминание связано с предварительной установкой на запоминание. Оно наиболее продуктивно и лежит в основе всякого обучения, но требует соблюдения специальных условий (осмысливание запоминаемого материала, предельное внимание и сосредоточенность).

Ранние формы произвольной памяти (в далеком историческом прошлом, у детей) проявляются в виде запоминания одного предмета через другой (например, хранение локна волос). Позже опосредованное запоминание осуществляется через действие (чтобы вспомнить забытое, надо выполнить действие, связанное с желаемым воспоминанием, например, вернуться на прежнее место). Более высокая степень произвольного запоминания связана с использованием речевых инструкций. Наконец, зрелая форма произвольной памяти опосредована мышлением, организацией материала в логическую последовательность. Можно ожидать, что регресс памяти в условиях патологии осуществляется в обратной последовательности.

В зависимости от организации процессов памяти и длительности удержания информации различают непосредственную, кратковременную, промежуточную (буферную) и долговременную виды памяти. Первые три вида иногда объединяют в кратковременную память. Каждая из них реализуется на основе различных механизмов, обладает различной емкостью, спецификой фиксируемых данных. Кратковременная память делится также на так называемый непосредственный отпечаток, промежуточную форму кратковременной памяти (или стадию консолидации) и оперативную память.

Непосредственный отпечаток характеризуется достаточной емкостью, длительность хранения информации не превышает одной секунды. Функциональное значение этого вида памяти состоит в продлении эффекта коротких внешних сигналов на время, достаточное для оценки их значения в центральной нервной системе и отбора полезной информации. Кроме того, непосредственная память обеспечивает непрерывный характер восприятия. Это модально-специфическая память с рядом хранилищ для каждого канала сенсорной информации.

Иллюстрацией к работе сенсорной памяти могут служить последовательные образы, то есть, впечатления, сохраняющиеся некоторое время после разглядывания объекта. Положительные последовательные образы возникают при закрытых глазах, если перед тем глядеть на источник света и потом от него отвернуться. Несколько секунд будут видны затем светящиеся пятна. Отрицательные последовательные образы появляются после длительной (30 секунд) фиксации цветного изображения. Если после этого смотреть на лист серой бумаги, возникает изображение в цветах, комплементарных исходному цвету (вместо красного — зеленый, синего — желтый, светлого — темный и наоборот). Механизмы последовательных образов связывают с деятельностью низших зрительных центров.

Затем информация из непосредственной переводится в кратковременную память. Это модально-неспецифический вид памяти (с одним накопителем информации). Информация представлена абстрактным последовательным кодом. Объем кратковременной памяти равен  $7 \pm 2$  структурным единицам или блокам, каждый из которых может быть обозначен одним словом или короткой фразой. С этим психологи связывают «магию» цифры 7. Процессами кратковременной памяти можно управлять произвольно. Время хранения информации в памяти — до 20 секунд — срок, достаточный для опознания, отбора и кодирования сигналов. Работу кратковременной памяти иллюстрируют явления эйдетизма. Эта форма памяти отличается повышенной чувствительностью к различным внешним воздействиям (интоксикации, гипоксия, травмы, аффекты). Оперативная память, как разновидность кратковременной памяти, служит для удержания информации по ходу ее извлечения из долговременной памяти в процессе осуществления тех или иных видов деятельности и имеет исключительно большое значение при реализации почти всех психических процессов.

Промежуточная (буферная) память имеет единственное хранилище информации, в котором она удерживается до трех суток. «Очищение» запасников памяти происходит, как предполагают, во сне, чему соответствуют сновидения с тематикой свежих событий. Для этого информация из промежуточной направляется в кратковременную память, там интерпретируется и только затем поступает на хранение в долговременную память.

Долговременная память обеспечивает хранение впечатлений практически на протяжении всей жизни. Долговременная память имеет двигательные, образные и словесные структуры. В каждой из них существует два блока информации. В первом последняя хранится в организованном виде и активно используется. Это примерно 10 % всех запасов долговременной памяти (в среднем). В другом блоке информация неорганизована и произвольному воспроизведению у большинства людей недоступна.

Различают ряд форм организации материала долговременной памяти:



- пространственную, позволяющую установить опорные пункты и связи в нашем физическом и социальном окружении. Лежит в основе «когнитивных карт», связующих в одно целое разные элементы поля;
- линейную, например, по алфавиту, дням недели и т. п.;
- ассоциативную, т. е. по каким-то общим признакам— цвету, начальной букве и т. п.;
- иерархическую, т. е. по принадлежности к более общей или специальной категории (например, «животные», «растения» и т. п.);

Тулвинг различает эпизодическую и семантическую память. В первой, «автобиографичной» хранятся личные впечатления индивидуума. Во второй — структуры, позволяющие понять мир: понятия, нормы, законы, правила. До сих пор не известно о конкретных способах извлечения информации из долговременной памяти, которые субъективно протекают подсознательно и чрезвычайно быстро.

Механизмы непосредственной памяти связывают с изменениями на уровне рецепторов. Работу кратковременной памяти объясняют циркуляцией импульсов в замкнутых нейронных цепях. Стадия консолидации памяти представляет собой латентный период длительностью от 15 до 60 мин. В течение этого времени нейронные контуры кратковременной памяти должны быть неактивными. Разные воздействия на мозг в этот период могут привести к стиранию следов памяти и амнезии.

После стадии консолидации информация переходит в долговременную память. Механизмы последней согласно гипотезе Хебба, связаны с длительным изменением синаптических связей. Биохимическая теория памяти Хидена объясняет механизм долговременной памяти с процессами образования РНК. Основным субстратом хранения памяти считается синапс. Не исключается возможность участия в этом нейроглии. Гипотеза Лэшли о существовании центра памяти не подтвердилась. Тем не менее есть все основания считать, что гиппокамп и связанные с ним образования (миндалевидное тело, ядра зрительного бугра, мамиллярные тела) играют особо значительную роль в фиксации и хранении следов памяти. Установлено, что двустороннее поражение гиппокампа приводит к грубым нарушениям памяти, которые известны в клинике под названием «корсаковский» или «лимбический» синдром. Поражение мозговой коры никогда не приводит к общему нарушению следов памяти, однако, при этом наблюдается выпадение возможности закреплять следы модально-специфических раздражений, соответствующих локализации поражения. Поражение лобных долей больших полушарий специфически нарушает способность произвольного управления функцией памяти, но не препятствует бесконтрольному, пассивному запечатлению и репродукции следов памяти. Повреждение височных

областей коры приводит к нарушению правильной последовательности воспроизведения памятных следов.

## 4.2. Психопатология памяти

Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта. Различают количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения (парамнезии), при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти включают амнезию, гипермнезию и гипомнезию.

**Амнезия.** Выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени. Различают следующие виды амнезии.

**Фиксационная амнезия.** Утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения. Резко ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания. Ориентировка в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации нарушена — амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия является важнейшим признаком корсаковского синдрома, наблюдающегося при корсаковском психозе, черепно-мозговых травмах, атеросклеротических, других органических психозах, интоксикациях (например, окись углерода), атрофических процессах (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера). При фиксационной амнезии нарушение касается механизмов кратковременной, а возможно и непосредственной памяти. Существуют экспериментальные доказательства того, что при фиксационной амнезии нарушается скорее репродукция, а не процессы запечатления: так, пациент, которому при рукопожатии незаметно наносят укол иглой, со временем перестает протягивать руку для приветствия.

**Прогрессирующая амнезия.** Постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону Рибо-Джексона; от частного — к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного — к тому, что было приобретено раньше, прочнее закреплено, более организовано и автоматизировано; от менее эмоционально насыщенного — к более эмоционально значимому. Долше всего сохраняются следы двигательной и эмоциональной памяти — двигательные навыки (привычные действия, походка, жесты), характер аффективных реакций на определенные ситуации. Различают несколько этапов развития прогрессирующей амнезии. На первом этапе наблюдается резкое снижение памяти на текущие события — фиксационная амнезия.

Память на прошлое может быть удовлетворительной или даже несколько повышенной (иногда оживление памяти на прошлые события достигает степени гипермнезии). На втором этапе амнезии присоединяются пробелы памяти на события, предшествовавшие началу заболевания, а затем все более отдаленные — ретроградная амнезия. На третьем этапе сохраняются разрозненные и очень скудные воспоминания, относящиеся, в основном, к детским годам жизни. Путаются события, даты, не узнаются родственники и знакомые, теряются воспоминания о самых важных эпизодах жизни. Не узнаются свои фотографии. Собственное изображение в зеркале принимается за облик незнакомого человека — симптом зеркала. Нарушены все виды ориентировки. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент — экмнезия. Экмнезии, которые впервые выделил Питр (1882), представляют собой яркие воспоминания прошлых событий, имевших место перед теми, которые подверглись амнезии. И. С. Сумбаев указывает, что такая амнезия может быть обусловлена истерическими механизмами или постгипнотическим внушением. В острых психотических состояниях экмнестические воспоминания могут приобретать иллюзорно-галлюцинаторный характер. В настоящее время экмнезии отождествляются с конфабуляциями (экмнестические конфабуляции), но это едва ли можно считать оправданным, если понимать под конфабуляциями вымыслы с характером воспоминания. Как видно, при прогрессирующей амнезии страдают все виды памяти (кратковременная, промежуточная, долговременная).

Прогрессирующая амнезия наблюдается при атрофических процессах, прогрессивном параличе, прочих грубо органических поражениях.

**Ретроградная амнезия.** Выпадение памяти на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания, грубо органическому повреждению головного мозга, гипоксии (например, самоповешение), развитию острого психотического синдрома. Амнезия может распространяться на различные по продолжительности отрезки времени — от нескольких минут, часов, дней до ряда месяцев и даже лет. Пробел памяти может быть стойким, стационарным, но во многих случаях воспоминания частично или полностью позднее возвращаются. В последнем варианте речь идет, очевидно, о нарушениях репродуктивной функции памяти. Впечатления, непосредственно примыкающие к началу болезненного эпизода, реже восстанавливаются в памяти, так как «короткая» память в период консолидации, как упоминалось, отличается высокой чувствительностью к повреждающим воздействиям. Восстановление памяти, если оно происходит, начинается обычно появлением воспоминаний о более отдаленных событиях и совершается в направлении ко все более свежим. Реже последовательность восстановления следов памяти может быть иной. Мы наблюдали всего один случай, когда воспоминания возвращались в обратном порядке — от недавних по направлению ко все более отдаленным.

В. М. Бехтерев описал особый, приступообразный вариант ретроградной амнезии, рассматривая его генезис в рамках эпилептиформного синдрома при сосудистой патологии головного мозга.

**Антероградная амнезия.** Утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния или другого явного расстройства психики. Амнезия может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев, возможно, лет. Идентификация антероградной амнезии встречается иногда большие затруднения, нередко она смешивается с фиксационной и конградной амнезией. Приведем поэтому соответствующее наблюдение. Больной совершил попытку самоубийства и с этой целью выбросился из окна четвертого этажа. По выходе из комы в течение месяца находился в состоянии спутанного сознания. По окончании психоза правильно вел себя в отделении, сообщал о себе необходимые сведения, правильно ориентировался в месте, времени, окружающих лицах, читал и рассказывал о прочитанном, не вдаваясь, правда, в детали. Из событий текущей жизни лучше помнил то, что время от времени повторялось. Наблюдалась ретроградная амнезия на промежуток времени в пределах 4—5 часов, а также амнезия на период нарушенного сознания. Затем больной был переведен из психиатрической клиники в соматический стационар. По возвращении обратно выяснилось: он забыл, что находился ранее в психиатрической клинике, не узнавал обстановки, врача, персонал, больных, считал, будто оказался здесь впервые. Судя по этому наблюдению, в основе развития антероградной амнезии лежит блокирование механизмов, обеспечивающих перевод информации из «короткой» и промежуточной форм памяти в долговременную память. Антероградная амнезия может сочетаться с ретроградной, как это видно в упомянутом наблюдении, — антероретроградная амнезия. Конградная амнезия. Выпадение памяти о событиях в окружающем и о собственном самочувствии на период нарушенного сознания. Амнезия может быть полной или тотальной, что характерно для сумеречного помрачения сознания, аменции, выраженной оглушенности. Частичная или фрагментарная амнезия обычно сопутствует делириозному, онейроидному помрачению сознания, легкой оглушенности. Выпадение памяти выявляется сразу по выходе из болезненного состояния либо наступает спустя некоторое время — отставленная или ретардированная амнезия. Утрата воспоминаний, относящихся к состоянию глубокого опьянения, сопровождающегося выраженной оглушенностью сознания, является одним из вариантов конградной амнезии. Конградная амнезия может сочетаться с ретро- и антероградной. Механизмы ее развития, вероятно, связаны с разными причинами, в том числе и с нарушением вербализации внешних и внутренних впечатлений, вследствие чего они не включаются в словесно-логические структуры сознания.

**Алкогольная амнезия.** Выпадение памяти на события, приуроченные к опьянению больных алкоголизмом. Отчетливых

нарушений сознания в забытом периоде времени не наблюдается (Короленко, 1973). При алкогольных амнезиях больные могут припоминать, как, будучи в опьянении, пытались запомнить или были уверены, что не забудут случившееся, но тем не менее амнезия наступала. Известны случаи, когда страдающие алкоголизмом лица забывают о впечатлениях периода опьянения, будучи трезвыми, но при повторном опьянении вновь могут о них вспомнить, — феномен разрывной памяти Д. Гудвина. Феномен напоминает состояния альтернирующего сознания и тем самым наводит на мысль об истерическом его происхождении.

Предвестником алкогольной амнезии является палимпсест, описанный в качестве специфического признака раннего алкоголизма К. Bonhoeffer (1904). Палимпсест (соскоб) означал в древности надпись на пергаменте со стершимися от его многократного сгибания и разгибания фрагментами текста. В конце минувшего, начале текущего столетия данный термин использовался криминалистами для обозначения полустертых надписей и рисунков в тюремных камерах. Алкогольные палимпсесты проявляются выпадением памяти на отдельные подробности или детали событий, происходивших во время алкогольного опьянения.

**Транзиторные амнестические эпизоды.** У лиц в возрасте от 45 до 70 и более лет описаны пробелы памяти

продолжительностью от 1 до 24 часов. Указанные амнестические эпизоды рассматриваются как неэпилептические цереброваскулярные приступы, проявляющиеся в нарушении деятельности лимбических структур (Frank, 1981). В отечественной литературе упомянутые выпадения памяти описаны под названием транзиторная глобальная амнезия (Завилянский с соавт., 1989). Отмечается однократность таких провалов памяти у одного и того же пациента.

**Систематизированные (системные) амнезии.** Выпадение специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, символы, навыки). К данному виду амнезии относятся нарушения типа афазии, агнозии, апраксии.

Моторная (экспрессивная) афазия характеризуется затруднениями в словесном выражении мыслей. Типичным является телеграфный стиль речи (как и в ранней речи детей состоящей из коротких, в два, три слова фраз, составленных из имен существительных и глаголов), аграмматизмы, замена одних букв, слогов и слов другими (литеральные и вербальные парафазии), их пропуски, смещения (контаминации — «палалет» — составлено из «палата» и «туалет»), застревания (персеверации). Страдает произвольная письменная речь, в то время как при списывании она сохранена лучше. В более тяжелых случаях моторной афазии нарушается письмо под диктовку.

Сенсорная афазия проявляется непониманием устной и письменной речи, поскольку нарушен фонематический слух — различение фонем,

сходных по звучанию. Особенно плохо различаются близкие фонемы (б-п, д-т и др.). Больные многоречивы, их высказывания непонятны из-за аграмматизмов, парафазии. Нарушаются чтение, письмо.

Амнестическая афазия проявляется забыванием нужных слов, например, названий предметов. Вместо этого пациенты показывают или описывают назначение и свойства предметов, действия, которые совершаются с ними. Многоречивость сочетается с вербальными парафазиями, персеверациями. Письмо (при списывании) не нарушается.

Семантическая афазия характеризуется непониманием сложных фраз из-за неспособности идентифицировать грамматические формы, которые выражают отношения между понятиями. Например, пациент не видит различия между отцом брата и братом отца.

Нарушения развития речи у детей обусловлены генетическими и в меньшей степени средовыми факторами. Нарушения речевого развития выявляются на этапах раннего детства и не связаны с неврологическими, сенсорными, умственными отклонениями, повреждениями артикуляционного аппарата. Речевым расстройствам сопутствуют трудности в овладении чтением, письмом, сложности в общении, эмоциональные и поведенческие проблемы. Не существует четких разграничений с крайними вариантами нормы, при которых речевое развитие может быть замедлено (А. Эйнштейн почти не говорил до трех лет). Специфическое расстройство развития речи может затрагивать разные ее стороны: во-первых, расстройство артикуляции речи, при котором затруднено использование звуков речи (в норме оно достигается к 11 —12 годам): пропуски, искажения, подмены фонем, что приводит к сложностям в понимании речи детей окружающими, хотя невербальный интеллект детей остается в пределах нормы. К данному расстройству относят нарушения артикуляции, лепетную речь, дислалию, отклонения фонологического развития; во-вторых, это расстройство экспрессивной речи. Понимание речи не нарушено, не обязательны нарушения артикуляции, типично снижение уровня использования выразительной разговорной речи (ограничение лексикона, замедление развития фразовой речи, трудности в подборе синонимов, синтаксические ошибки и др.). Использование невербальных средств коммуникации не нарушено. Возможны тем не менее затруднения в контактах, эмоциональные и поведенческие проблемы, иногда избирательная потеря слуха. Наконец, это могут быть расстройства рецептивной речи: неспособность реагировать на знакомые названия, следовать простым инструкциям, понимать грамматические конструкции.

**Агнозия.** Нарушение узнавания предметов. При оптической агнозии предметы не узнаются, возможно, из-за выпадения адекватных программ исследовательских действий (ощупывающих движений глаз). Зрение и цветовосприятие не страдают. Нарушение узнавания может касаться символов (букв, цифр), рисунков, геометрических фигур.

О симультанной агнозии упоминалось нами ранее. Агнозия в отношении собственного тела определяется как соматоагнозия. Соматоагнозия выражается в неузнавании частей своего тела. Пациент не знает, например, где у него нога, рука, где левая и правая, верхняя или нижняя половина тела (аутоагнозия). Соматоагнозия у неврологических пациентов проявляется отрицанием факта паралича. Так, при синдроме анозогнозии Антона-Бабинского больной не осознает левостороннего паралича и обнаруживает «слепоту на свою слепоту» (очаг поражения в правой гемисфере).

Мнимое ощущение дополнительных частей тела (лишняя рука, голова и т. д.)—парестетическая полипсевдомелия В. М. Бехтерева и П. А. Останкова — описана при поражении коры субдоминантного полушария.

Прозопагнозией называют неузнавание лиц знакомых людей на фотографиях.

**Апраксия.** Выпадение моторных навыков (действий с предметами, жестов, выразительных актов, способности подражать действиям окружающих и выполнять движения по просьбам извне). При моторной апраксии пациент забывает характер действий, требуемых для выполнения задания. При идеаторной апраксии страдает план, последовательность действий, которые нужно выполнить для достижения цели. Конструктивная апраксия проявляется в том, что пациент не может из отдельных элементов или частей воссоздать нужную целостную структуру (составить фигуру, орнамент и др.).

Нарушения развития школьных навыков чаще встречается у мальчиков. Предполагают, что они связаны с биологической дисфункцией и присутствуют с первых лет обучения. Различают нарушения развития навыков чтения, письма, счета, смешанное расстройство школьных навыков, двигательных функций.

При дислексии нарушены навыки чтения и понимание прочитанного. На ранних этапах это трудности в пересказывании алфавита, в распределении по категориям звуков. Позднее становятся очевидными пропуски, искажения и замены слов (их частей), медленный темп речи, запинки и потери места в тексте, литеральные и вербальные парафазии, чтение в обратном порядке. Нарушаются также способности вспомнить факты и делать выводы из прочитанного, а чтобы это делать, дети используют скорее общие знания, чем то, что они узнали из конкретного рассказа. Позднее трудности спеллингования (составление слов из букв) становятся более глубокими, чем недостаточность чтения. Нарушениям развития чтения обычно предшествуют расстройства развития речи.

При расстройстве спеллингования нарушена способность произносить слова по буквам и правильно писать слова. Предшествующее расстройство навыков чтения отсутствует. При нарушении развития навыков счета дефект касается вычислительных

операций прибавления, вычитания, умножения и деления (иногда лишь отдельных операций). Нарушен счет пальцев (синдром Гертсмана). Более абстрактные математические операции (в геометрии и т. п.) могут быть нарушены в меньшей степени.

Нарушения развития двигательных функций проявляется угловатостью, медленным обучением ходьбе, бегу, — прыжкам, подъему и спуску по лестнице, трудностями в завязывании шнурков, застегивании пуговиц, бросании предметов, плохом подчерке и мн. др. Часто выявляются симптомы стриарной недостаточности.

Явления афазии, агнозии, апраксии и другие нарушения корковых функций (алексия, акалькулия и др.) наблюдаются при локальных повреждениях корковых структур (сосудистые процессы, опухоли и др.). В психиатрической практике они встречаются при атрофических процессах (болезнь Пика, Альцгеймера, сенильная деменция, травматические поражения).

Мотивированная амнезия. Выпадение памяти на отдельные психотравмирующие события. Так, после неприятной сцены с Бабинским пациентка забыла его имя, внешность и все, что так или иначе было с ним связано. Пробелы возникают по механизмам вытеснения. В состоянии гипнотического сна, по преодолении сопротивления утраченные воспоминания могут быть восстановлены. Наблюдается у лиц с истерическими чертами характера, при неврозах. Вытеснение психотравмирующих воспоминаний — явление чрезвычайно распространенное и среди здоровых индивидуумов; рассматривается как один из механизмов психологической защиты.

**Аффектогенная амнезия.** Утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время бурной эмоциональной реакции — аффекта. Выявляется по выходе из состояния патологического аффекта, обусловлена сужением сознания. Фактически является вариантом конградной амнезии. Считать ее кататимической, то есть связывать с действием механизмом вытеснения, очевидно, не следует.

Постгипнотическая амнезия. Наблюдается после пробуждения из глубокого гипнотического сна, в сущности возникает вследствие нарушения сознания. Амнезия может быть внушена в состоянии неглубокого гипнотического транса.

**Периодическая амнезия.** Сопровождает описанные Рибо состояния двойного или альтернирующего сознания, при которых в одном болезненном состоянии сознания отсутствуют воспоминания о пережитом в другом. По выходе в нормальное состояние больной не помнит происшедшего как в первом, так и во втором патологическом состоянии, или только смутно вспоминает отдельные впечатления. Наблюдается при истерии. Переходу из одного состояния в другое может предшествовать глубокий сон.

**Скотомизация памяти.** Близка к мотивированной амнезии. Отличается от последней тем, что возникает у лиц, не



обнаруживающих истерических черт характера. Амнезии наблюдаются при нарушении сознания (кома, сопор, оглушенность, делириозное, сумеречное, аментивное помрачение сознания, психогенно обусловленные расстройства сознания, состояния патологического аффекта и патологического опьянения), при интоксикациях, уремии, алкогольной энцефалопатии, атрофических процессах (болезни Пика, Альцгеймера, сенильная деменция), сосудистых заболеваниях головного мозга, после черепно-мозговой травмы, электросудорожных припадков, в клинической картине эпилептических расстройств.

Детская амнезия. Проявляется забыванием событий первых трех, четырех лет жизни. Причины неизвестны.

Гипомнезия. Ослабление памяти. Чаще всего проявляется в виде дисмнезии — неравномерного поражения различных функций памяти, в первую очередь ретенции и репродукции. Одним из ранних признаков дисмнезии является нарушение избирательной репродукции в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже этот факт всплывает в памяти сам по себе. Признаком сравнительно легкого ослабления памяти является также забывание того, что о каком-либо факте больной уже сообщал ранее данному лицу.

Наступающее ослабление памяти более заметно в отношении механической памяти, чем словесно-логической. Нарушается, прежде всего, запоминание и воспроизведение справочного материала — дат, имен, цифр, названий, терминов, лиц и т. п. Быстрее забываются также свежие и менее закрепленные впечатления. Ухудшается ориентировка во времени, страдает хронологическая память, нарушается чувство времени.

Гипомнезия может проявляться анэ克福орией — нарушением памяти, при котором теряется способность вспомнить о хорошо известном факте без напоминания. Приведем соответствующее наблюдение. Больная, перенесшая менингоэнцефалит, жаловалась, что не помнит многих фактов и событий последних лет: забылись имена, внешность сослуживцев, адрес нового места работы, номера служебных телефонов, имя родившейся дочери и многое другое. Осознает, что прекрасно знала все это до болезни. Казалось, нужное воспоминание вот-вот появится, «вертится на языке», чувствовала, что оно не исчезло навсегда и упорно не прекращала попыток припомнить забытое. Мысль о дефекте памяти стала навязчивой, остро переживалась, появились опасения «сойти с ума». Воспоминания возвращались постепенно, но лишь после напоминания о соответствующем факте. В последующем они сохранялись, возникая с прежней быстротой и легкостью. Нарушения памяти распространились только на события прошлого, происходившие до болезни, память на настоящее не пострадала. Сходное с анэ克福орией нарушение памяти описывалось под названием «отрицательные галлюцинации памяти» (Блейлер, 1920).

При более тяжелой гипомнезии из памяти выпадает множество подробностей и значительных событий, касающихся личной и общественной жизни. Вместе с тем никогда не наблюдается столь значительного опустошения памяти, как это бывает при прогрессирующей амнезии. Критическое отношение к ослаблению памяти у больных с гипомнезией обычно сохраняется, — это отражается в соответствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую несостоятельность (ведение записей, вязание узелков, использование мнемотехники, стремление класть предметы на одно и то же или видное место, привычка перепроверять себя и др.). Типичны острые эмоциональные реакции на снижение памяти, депрессии.

Ухудшение памяти, обусловленное различными органическими заболеваниями головного мозга, следует отличать от внешне сходных, но обратимых расстройств, возникающих на фоне различных психопатологических нарушений (астении, депрессии и др.), при которых собственно механизмы памяти существенно не нарушаются.

**Гипермнезия.** Патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Воспроизведение логической последовательности фактов нарушено, усиливаются, в основном, механическая и образная виды памяти. События группируются в ряды, отражающие их связь по смежности, сходству и контрасту. Гипермнезия неоднородна, могут быть разграничены ряд ее вариантов в зависимости от клинического контекста, в котором она наблюдается (аффективная патология, галлюцинаторно-бредовые состояния, состояния спутанного сознания).

Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения (алкогольного, гашишного и др.), в продроме экспансивной формы прогрессивного паралича, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Гипермнезия может быть при депрессии — отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения. Явления гипермнезии наблюдаются изредка в клинической картине инфекционных психозов. Известны случаи, когда в состоянии нарушенного сознания больные с фотографической точностью воспроизводили тексты прочитанных ранее книг, говорили на иностранных языках, забытых в обычном состоянии. По выздоровлении ожившие следы памяти вновь терялись. Гипермнезия бывает парциальной, избирательной, проявляясь, например, повышенной способностью к запоминанию и воспроизведению цифр. Наблюдения такого рода описаны, в частности, при олигофрении (Меграбян, 1972). Парциальная гипермнезия может проявляться повышенной памятью на впечатления раннего детства. Встречаются пациенты, которые утверждают, что помнят себя с возраста год, полтора года и ранее,

чему удастся иногда получить подтверждение. Мы наблюдали больную, которая «помнила» себя с шестимесячного возраста. По сообщениям близких, она отличалась ранним развитием: с четырех месяцев сидела, в шесть месяцев ходила. Пациентка «помнила», что в восемь месяцев начала говорить, как навещали ее, «вундеркинда», студенты, фотографировали. «В три года меня мучили мысли, что у меня и у всех людей есть внутренности. Думала, что такое я, как это меня не было, как это я исчезну. В пять лет видела, как под кровать забежала группа матрешек... В 10 лет неприятно было сознавать, что сознание материально и что душа зависит от тела...». Но «ранними» могут оказаться и ложные воспоминания, когда рассказы близких людей позже принимаются за личные переживания, как это описал у себя Пиаже.

Гипермнезию не следует смешивать с феноменальной памятью. Последняя не может быть описана в терминах психопатологии, так как процессы памяти и механизмы их произвольной регуляции не нарушаются. Скорее всего не являются патологией и случаи исключительной памяти при умственной отсталости,— речь идет о незаурядной механической памяти, свойственной отдельным пациентам (например, «календарной» памяти, когда после однократного просмотра календаря воспроизводятся все рисунки в прямом, а также обратном порядке).

**Парамнезии (искажения, обманы) или качественные нарушения памяти.** Встречаются как самостоятельно, так и в сочетании с количественными нарушениями. Сложность симптоматики парамнезии затрудняет их разграничение и классификацию. Существуют и терминологические разногласия. С учетом возможных возражений приведем следующее описание качественных нарушений памяти.

**Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного** (*deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte*)—впервые увиденное, услышанное, прочитанное или пережитое воспринимается как знакомое, встречавшееся ранее и в данный момент повторяющееся. Указанные нарушения возникают эпизодически, пароксизмально, могут быть стойкими и длительными. Чувство воспоминания, сопровождающее восприятие или переживание, никогда не связывается с определенной точкой прошлого, относится «к прошлому вообще» (Сумбаев, 1945). Чувство знакомости может относиться не только к непосредственным, но — также к недавним впечатлениям, которые вспоминаются с ощущением повторения породившей их ситуации. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие ранее имело место, может быть различной, иногда она бывает полной, то есть становится по существу бредовой. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение. Больная шизофренией сообщила, что с детства ее не покидает ощущение, будто все воспринятое в данный момент кажется ей удивительно близким, знакомым, лишенным какой бы то ни было новизны. Происходящее, как считала она, лишь помогает вспомнить то, что

было хорошо известно ей ранее, оно является всего лишь «напоминанием». Наиболее острым это ощущение было при чтении. Из прочитанного в школьных учебниках она «не узнавала ничего нового», так как «знала это всегда», более того, пережила на самом деле. Считала, что была свидетельницей различных исторических событий, видела турниры рыцарей, бои гладиаторов, жила в пещерах первобытных людей и т.п. Как яркое воспоминание воспринимались сведения о происхождении Земли, зарождении жизни, доисторических существах. На этом основании появилось убеждение, в том, что она жила всегда и ее душа вечна. Некоторые больные не только переживают ощущение повторения события, но «чувствуют до мелочей», что произойдет в предстоящие несколько минут — «уже думала об этом», «знала, что это произойдет»—*deja prevu*. Такие пациенты бывают уверены в том, что способны прорицать, предсказывать будущее, а иные создают весьма сложные концептуальные системы о времени вообще.

**Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др.** (*jamais vu, jamais vecu, jamais entendu* и др.).

Знакомое, известное, привычное воспринимается как новое, ранее не встречавшееся. Прошлая жизнь вспоминается без ощущения лично пережитого: «Думаю, кто я такая, откуда я, как меня зовут, училась ли... Кажется, и замужем не была... Знаю, что все это было, но будто не со мной...». «Всему учусь заново — ходить, писать, будто не умела прежде...». Встречаются пациенты, которые обращают внимание на своеобразное переживание непредсказуемости предстоящих событий: «Не знаю, что произойдет в следующий момент... Все происходит как-то неожиданно, вроде этого не должно бы случиться... Все как обычно и все же удивляет, будто ранее я с этим и не предполагала столкнуться...». Данный феномен, полярный *deja prevu*, заслуживает, кажется, самостоятельного обозначения — *jamais prevu*. Упомянутые явления парамнезии наблюдаются при астенических состояниях, припадках височной эпилепсии, психопатии, шизофрении, последствиях травм и других органических поражений центральной нервной системы.

Вышеупомянутые феномены нередко описывают отдельно от парамнезий в рамках дереализации и деперсонализации. По этому поводу следует заметить, что оценка психопатологических симптомов с позиций структуралистской психологии (расстройства восприятия, памяти, самосознания и т. д.) вообще очень условна и в любом случае будет встречать возражения, так как в каждом нарушении можно найти отклонения со стороны различных психических функций.

**Иллюзия узнавания.** Незнакомые лица, предметы, обстановка принимаются за другие, действительно существующие и известные больному. Чаще всего возникают в отношении людей. Иллюзии узнавания касаются обычно одного или ограниченного круга лиц или предметов, реже бывают множественными,— они, нестойки и тотчас забываются. Возникают на фоне дезориентировки в месте, времени и обстановке при помрачении сознания, амнестическом синдроме

(интоксикационные), сосудистые, сенильные психозы). Иллюзорные ложные узнавания с ощущением отдаленного сходства без полной идентификации объектов могут возникать при астенических состояниях. В психологическом плане появление иллюзий узнавания, вероятно, связано с нарушением механизмов апперцепции — сличения текущих впечатлений с прошлым опытом, составляющего основу узнавания объектов.

**Редуплицированная парамнезия Пика.** Проявляется уверенностью в существовании двойников у объектов, воспринимаемых в данный момент. По мнению больного, имеются две одинаковых клиники, две точно такие же дочери, жены, есть еще один такой же врач. Само восприятие не страдает, нарушено лишь объединение образа восприятия с соответствующим воспоминанием, вследствие чего оба образа переживаются отдельно. В отличие от феномена «уже виденное» здесь имеет место переживание удвоения, а не ощущения повторения ситуации. Наблюдается при относительно мягко протекающих сосудистых, атрофических и других органических процессах, возникающих во второй половине жизни, описана при алкогольном делирии.

От редуплицированной парамнезии следует отличать также эхомнезию — многократное воспроизведение одного и того же воспоминания. В это время пациент несколько раз подряд ощущает себя в одной и той же ситуации, которой соответствует повторяющееся воспоминание и в течение нескольких минут как бы отключается от текущих впечатлений. Мы наблюдали пациентов, которые до 4—5 раз подряд переживали какой-нибудь эпизод, например, переход улицы, фрагмент беседы и др.

**Псевдореминисценция (ложные воспоминания).** По описаниям некоторых авторов (Завилянский с соавт., 1989), мало чем отличаются от замещающих конфабуляции обыденного содержания, если не считать их однообразия и того, что в них отражены воспоминания о действительных событиях отдаленного прошлого. Проверить достоверность таких воспоминаний, однако, часто невозможно. По другим описаниям, в псевдореминисценциях выражается своеобразное нарушение локализации событий во времени. То, что случилось давно, вспоминается как недавнее событие, и, напротив, происшедшее в последнее время расценивается как имевшее место в далеком прошлом. Содержанием псевдореминисценций являются, как правило, факты обыденной жизни.

**Конфабуляции.** Патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Существуют разные классификации конфабуляции. Согласно одному из подходов разграничивают мнестические и фантастические конфабуляции. Первые наблюдаются при амнезии, вторые — при парафрении и спутанности сознания. Мнестические конфабуляции в свою очередь разделяют на экмнестические (проецируемые в прошлое) и мнемонические (относящиеся к наличной ситуации, к настоящему

времени). Э.Я. Штернберг различает замещающие, экмнестические, фантастические, бредовые и галлюцинаторные конфабуляции.

Замещающие конфабуляции возникают на фоне грубых амнестических выпадений памяти. Пробелы воспоминаний заполняются рассказами о различных событиях, происходивших якобы, в это время. Характерны изменчивые вымыслы обыденного, правдоподобного содержания, как спонтанные, так и провоцируемые расспросами. Наблюдаются при корсаковском психозе, сенильных и сосудистых психозах, при органических заболеваниях центральной нервной системы.

Содержанием экмнестических конфабуляции являются события ранних лет жизни. Наблюдается «сдвиг ситуации в прошлое», когда воспоминания об отдаленных событиях заслоняют текущие впечатления. Пациент собирается, например, в школу, готовится служить в армии, хотя на самом деле ему уже за восемьдесят. Пациент, в прошлом проводник поезда, считал, что находится не в отделении, а «в купе». Не хочет видеть навестившую его жену: «пусть она едет в другом купе». Данное нарушение чаще встречается при сенильной деменции и развивается на фоне прогрессирующей амнезии.

Фантастические конфабуляции представляют собой вымыслы о необыкновенных событиях, увлекательных приключениях, сенсационных происшествиях, героических подвигах, великих открытиях и изобретениях, встречах с выдающимися людьми, о занимаемых больными ранее высоких постах, наградах и почестях, богатствах, которыми они обладали и т. п. Больные сообщают об этом образно, с многочисленными подробностями, их рассказы связны, последовательны, часто спонтанны. В других случаях конфабуляции отрывочны, непоследовательны и выявляются при расспросах. Содержание фантастических конфабуляции изменчиво, при повторных рассказах сообщаются новые, столь же невероятные подробности. Вымыслы относятся к определенному периоду прошлой жизни, однако, содержание конфабуляции может не считаться с понятиями о времени. Настроение бывает приподнятым, горделивым, эйфорически окрашенным. Память на реальные события прошлого не нарушена, что типично для шизофрении с парафренным синдромом, маниакально-депрессивного психоза. При интоксикационных, травматических психозах, старческом слабоумии фантастические конфабуляции сопровождаются обратимыми выпадениями памяти либо наблюдается нерезкое ее снижение. При бредовых конфабуляциях (галлюцинациях памяти) возникающие бредовые идеи проецируются в прошлое (в здоровый период жизни) и воспринимаются пациентом как яркое и достоверное воспоминание о том, чего на самом деле не было. Содержание бредовых конфабуляций, как и вообще бредовых идей, может быть самым разным. Данное нарушение отличается от так называемой бредовой интерпретации прошлого, отражающей процесс систематизации и консолидации бредовых идей и проявляющейся в ретроспективной оценке реальных фактов прошлого в соответствии с актуальными

бредовыми переживаниями. Иллюстрацией бредовых конфабуляций может служить следующее наблюдение. Больному 70 лет, никогда ранее не обнаруживал признаков психического расстройства. Несколько месяцев назад вдруг «вспомнил», что жена, будучи еще молодой женщиной, изменила ему с каким-то офицером. Память «подсказала» множество других подробностей мнимого события, в том числе личное признание жены. Воспоминания отличались яркостью, спонтанным появлением, образностью, четкой локализацией во времени, абсолютной уверенностью в непогрешимости памяти. Внимание было целиком приковано к факту «измены», нарушилось поведение. Больной требовал у жены признаний, объяснений, угрожал расправой, искал подтверждения своей правоты у знакомых, находил компрометирующие сведения в семейном архиве, расценивал различные детали прошлого и настоящего поведения жены в плане идей ревности, в связи с чем был госпитализирован. В другом наблюдении девушка «вдруг вспомнила», как неделю назад, ночью, к ней в комнату в общежитии проник знакомый юноша и стал брить ей лобок безопасной бритвой. Она испугалась, прогнала его, сообщила о случившемся вахтеру и тот вызвал милицию. Юношу увезли в наручниках. Позже, встречаясь с ним на самом деле, она спрашивала его, зачем он делал все это, будучи абсолютно уверенной в реальности случившегося. Бредовые конфабуляции чаще наблюдаются при паранойальном и парафреническом синдроме параноидной шизофрении.

Галлюцинаторные (псевдогаллюцинаторные) конфабуляции представляют собой состояния зрительных и слуховых псевдогаллюцинаций, содержанием которых являются различные события, будто бы имевшие место в прошлом. Встречаются при шизофрении. Наплывы конфабуляций могут выражаться состояниями конфабуляторной спутанности и конфабулеза.

Конфабуляторная спутанность проявляется заполнением сознания обильными конфабуляциями обыденного содержания, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления, суетливостью и растерянностью. В таком состоянии окружающие принимаются за родственников, знакомых, живущих или давно умерших, больница — за квартиру, место работы, вокзал. Ложное узнавание лиц и обстановки постоянно меняется: разговаривающий с больным врачом, является то родственником, то начальником, то знакомым соседом. В данную минуту происходит то свадьба, то экскурсия, то похороны. Высказывания непоследовательны, противоречивы, порой почти бессвязны. Состояния конфабуляторной спутанности наблюдаются при сенильных психозах, а также сосудистых заболеваниях головного мозга в виде кратковременных, транзиторных психотических эпизодов в ночное время.

Конфабулез — психопатологический синдром, проявляющийся наплывом фантастических конфабуляций, не сопровождаемых помрачением сознания, амнестическими расстройствами и нарушениями ориентировки. Высказывания больных напоминают

бредовые идеи величия, в связи с чем данный синдром называют также экспансивным конфабулезом.

Психопатологические расстройства в виде конфабулеза описаны при сыпном тифе в период спада лихорадки, а также при брюшном тифе, малярии, риккетсиозах. Нередко конфабулез возникает на этапе регрессионного течения психических расстройств при черепно-мозговых травмах, в особенности в военное время. Наиболее обоснованным признается отнесение конфабулеза к так называемым переходным синдромам Вика, то есть к группе встречающихся в рамках экзогенно-органических психозов обратимых синдромов, различных по своим психопатологическим проявлениям, но не сопровождающихся нарушением сознания. Конфабулез может развиваться вслед за болезненным состоянием, протекающим с помрачением сознания. Продолжительность данного расстройства редко превышает несколько недель, но бывает и значительно короче.

К конфабулезу относят также некоторые формы парафренного бреда при шизофрении, сопровождающиеся обильными ложными воспоминаниями или конфабуляциями фантастического содержания (с фабулой преследования, воздействия, величия), которые иногда принимают форму фантастических рассказов. Наряду с конфабуляциями при этом наблюдаются другие психопатологические расстройства, в частности, явления психического автоматизма, компоненты систематизированного бреда и признаки дефицитарных расстройств, свойственных шизофрении. Сказанное правомерно и в отношении сравнительно редких случаев так называемой старческой парафрении или старческого конфабулеза. При этих, развивающихся в старческом возрасте затяжных галлюцинаторно-бредовых психозах, проявляющихся фантастическим бредом и галлюцинациями, наблюдается переход в относительно стабильное конфабуляторное состояние, характеризующееся идеями величия, преобладанием ложных воспоминаний о фантастических событиях прошлого, особых заслугах, выдающихся свершениях и т. п.

**Криптомнезии.** Проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, что приводит к ослаблению различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими и лично пережитыми событиями и событиями, увиденными во сне, или о которых стало известно из книг, кинофильмов, рассказов окружающих.

Одно из проявлений криптомнезии состоит в том, что больные могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими. Утверждается собственный приоритет на открытие, изобретение, научную идею, присваивается честь создания художественного или музыкального произведения. Указанное нарушение памяти было описано, в частности, Юнгом у Ницше. Необходимо подчеркнуть, что сознательный плагиат не относится к проявлениям криптомнезии (Меграбян, 1972). Больные, действительно, забывают, что соответствующие знания были



получены ими извне, и в то же самое время воспоминания о них замещаются ощущением личного творческого акта.

К криптомнезиям относят ассоциированные воспоминания, при которых прочитанное, услышанное или увиденное во сне расценивается как происходившее в действительности с самим больным.

О событиях кинофильма пациент рассказывает так, как если бы они случались с ним на самом деле; факт просмотра кинофильма может быть при этом забыт, а если нет, то считается фильмом о его жизни. Наряду с ассоциированными встречаются также отчужденные воспоминания— действительно происходившие события воспроизводятся как когда-то услышанное, прочитанное, увиденное во сне, пережитое кем-то другим.

Криptomнезии встречаются при шизофрении, экзогенно-органических и сенильных психозах. Псевдореминисценции, конфабуляции, особенно фантастические, криптомнезии могут возникать не только у больных психозами, они встречаются также у лиц с психопатическим складом характера и у страдающих олигофренией.

### **5.1. Психология мышления и речи**

Мышление — надчувственная форма отражения объективной реальности в виде целенаправленного, опосредованного и обобщенного познания связей и отношений вещей. Мышление возникает в процессе общественно-производственной деятельности и протекает преимущественно в форме понятий и категорий, в которых закреплён и обобщён социально-исторический опыт человечества. Опираясь на чувственное познание, мышление преобразует его, позволяя получить знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недоступны ощущению и восприятию. Тем самым оно неизмеримо расширяет познавательные возможности человека, повышает его интеллект, позволяя проникать в закономерности природы, общества и самого мышления.

Материалистическое понимание мышления дано в работах классиков марксизма. Марксизм не принимает понимание мышления как проявление особого духовного начала, как «чистой активности сознания», стоящей над чувственностью. Вместе с тем он преодолел и подходы метафизического материализма, его созерцательность, представления о психике и процессах мыслительной деятельности человека как об элементарных актах сравнения и анализа чувственных впечатлений. Диалектический материализм уже в своих истоках подчеркивает связь мышления с практической деятельностью. Результаты познавательно-практической деятельности, закрепляясь в языковых формах и передаваясь из одного поколения в другое, создали условия для перехода внешне-предметной познавательной деятельности во внутренний речевой план сознания. В результате исходные чувственные данные и

практические действия опосредовались все более сложным рядом мыслительных процессов, которые и составили основу целостной интеллектуальной деятельности — мышления. Приобретение мышлением в его развитых формах известной самостоятельности по отношению к практической деятельности явилось предпосылкой зарождения представлений о его особом бытии, что поставило проблему критерия истинности мышления, адекватности его результатов объективной реальности. Общепринято, что таким критерием является общественно-историческая практика. «... Практическая деятельность человека миллиарды раз должна была приводить сознание человека к повторению разных логических фигур, дабы эти фигуры могли получить значение аксиом».

Конкретные психологические исследования показали, что процесс мышления осуществляется в виде определенных действий или операций. Этими операциями являются анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстрагирование и конкретизация. Анализ — мысленное расчленение предмета, явления, ситуации на отдельные составляющие его элементы, части, стороны. Так, целостная клиническая структура заболевания расчленяется на синдромы и еще более мелкие единицы — симптомы. Сравнение — сопоставление объектов по выявленным в ходе анализа признакам и свойствам. В процессе сравнения устанавливается тождество или различие объектов. Сравнивая двух пациентов с одинаковым заболеванием, находят общепатологические, нозологические, а также индивидуальные проявления болезни. Абстрагирование — выделение одной или нескольких сторон явления, существенных в каком-нибудь отношении и отвлечение от всех остальных. Можно сосредоточить, например, внимание на клинических признаках, характеризующих течение заболевания, отвлекаясь от всех прочих. Обобщение — операция, выявляющая признаки, общие для множества объектов или явлений, на основе которых возможно их группирование. Любая классификация строится при помощи обобщающих умственных действий. Синтез — операция, результатом которой является полное и целостное знание предмета или явления. Высшей формой синтеза в клинической практике является диагноз больного. Конкретизация — рассмотрение данного конкретного явления в контексте общих закономерностей, выявление наиболее существенных свойств и связей с другими объектами и явлениями. Можно, скажем, неплохо разбираться в теоретических аспектах психопатологии, но при этом испытывать трудности в выявлении и оценке психических отклонений у конкретного пациента, особенно если клинический опыт невелик.

Характерная особенность интеллектуального поведения человека, в отличие от ориентировочно-интеллектуальной деятельности животных, входящей в состав всякого поведения, заключается в том, что она становится самостоятельной деятельностью, предшествующей поведению, создающей для него основу (Лурия, 1975). В процессе ее ставится конкретная задача, создается общая «стратегия» деятельности, формируется «тактика» действий в виде определенных способов или операций, ведущих к выполнению

задачи. Создаются контрольные механизмы, с помощью которых эффект действия сличается с исходным намерением. Наглядный характер интеллектуального поведения уступает место новым формам, основанным на использовании речи, возникает скачок от чувственного к рациональному в организации опыта.

Уоллес различает четыре этапа решения проблем: 1. Подготовка — изучение всей информации, относящейся к проблеме.

2. Инкубация — подспудное созревание новых комбинаций и связей, ведущих к решению. Исследователь в это время как бы отвлекается от проблемы.

3. Озарение — внезапное появление решения.

4. Разработка — систематическая проверка решения. Существуют разные стратегии решения задач. По Брунеру и Левину, их три:

1. Случайный перебор — одна случайная гипотеза сменяется другой, пока не будет найдено решение или не иссякнут варианты.

2. Рациональный перебор — отсеечение неверных решений. Чтобы угадать букву, алфавит делится на две половины, после чего одна из них отсекается. Подобная процедура повторяется с первой половиной и т. д.

3. Систематический перебор — охватывается и проверяется вся совокупность подходов к решению.

Процесс мыслительной деятельности совершается в понятиях, суждениях и умозаключениях. Понятие представляет собой отражение в сознании существенных свойств предметов и явлений. Таковы, например, понятия «дом, сад, цвет, сосна». Здесь приведены различные виды понятий, выделяемые логикой. Принято различать конкретные, абстрактные, собирательные и общие понятия.

Конкретные понятия определяются малым числом наглядных признаков объекта. В отвлеченных или абстрактных понятиях отражаются сущностные, недоступные непосредственному или чувственному познанию свойства, качества предметов и явлений. При образовании абстрактных понятий происходит как бы распад индивидуальных, конкретных понятий с отщеплением от них однозначных элементов, которые образуют затем новые единства. Диалектическая логика показывает, что в процессе абстракции не происходит утраты конкретных сторон явлений (как допускает формальная логика), поскольку абстракция включает в себя единичное, частное и общее как свои моменты. Абстрактными являются, к примеру, следующие понятия: «цвет, болезнь, время, общественная формация». Образование и усвоение абстрактных понятий является одним из наиболее важных показателей уровня интеллектуального развития. Основной особенностью собирательных понятий является то, что они неприменимы к каждому элементу

группы объектов в отдельности, но адекватны ко всем вместе взятым. Это такие понятия, как «лес, сад, город», обозначающие натуральные множества. При наличии общего понятия то или иное утверждение будет справедливо по отношению к каждому отдельному элементу, входящему в состав группы объектов. Общими являются такие понятия, как «дерево, река, фонтан» и т. п. Bruner различает простые и сложные понятия. Простые понятия характеризуются одним общим свойством «синий», «круглый» и т. п. В определении сложных понятий указывается несколько свойств. Сложные понятия распадаются на:

— конъюнктивные — определяются, по меньшей мере, двумя признаками: «Стол» — это «ножки» и «горизонтальная поверхность»;

— дизъюнктивные — определяются либо одним, либо другим или обоими одновременно;

— соотносительные — включают все связи и отношения, какие существуют между разными элементами некоей совокупности.

Суждением называется высказывание, в котором содержится утверждение относительно какого-нибудь объекта. Вот примеры суждений: «это яблоко красное; медь электропроводна; соловей — певчая птица». В суждении констатируется факт отсутствия или наличия у данного объекта определенного признака. Умозаключение представляет собой логический вывод, вытекающий из имеющегося знания, выраженного в посылках. Посылки и вывод из них образуют логическую фигуру, частным случаем которой является силлогизм. Различают два типа силлогизмов: индуктивные и дедуктивные. Если из двух частных посылок делается вывод, умозаключение и соответствующий силлогизм являются индуктивными. Например: «медь электропроводна; медь — металл. Следовательно, все металлы электропроводны». Когда из посылок, одна из которой является общей, делается частный вывод, умозаключение и силлогизм называются дедуктивными. Например; «Все люди смертны. Сократ — человек. Следовательно, Сократ смертен». В ходе умозаключений формируются выводы, в которых устанавливается то или иное отношение между предметами, и явлениями. Эти отношения, выраженные связями между понятиями, являются логическими отношениями. Это, например, отношения тождества, смежности, противоположности, причины и следствия и т. д.

Приведенные сведения из психологии мышления и логики имеют известное практическое применение — они учитываются при создании методик исследования процессов мышления.

Важным и во многом неясным является вопрос о существовании различных генетических видов и этапов формирования мышления. Считается установленным факт качественных изменений мышления в ходе его исторического развития и в процессе индивидуального развития. В соответствии с этим различают определенные этапы формирования и виды мышления.

В развитии мышления ребенка Ж. Пиаже (1932) различает следующие четыре стадии: сенсомоторное мышление (от рождения до двух лет); дооперационное мышление, связанное с формированием наглядных представлений (от двух до семи лет); стадию конкретных операций с предметами (от семи до двенадцати лет); стадию формальных операций со словесно-логическими высказываниями (от двенадцати до пятнадцати лет). В своей концепции детского мышления Ж. Пиаже определяет его как мышление синкретическое (синкретизм выражается в том, что ребенок оперирует целостными, недифференцированными представлениями). Так, если на рисунок лица кладется изображение ножниц, то взрослые разделяют оба эти изображения. Дети обычно их объединяют: «Ножницы лежат на лице». Синкретизм детского мышления обусловлен, по Ж. Пиаже, эгоцентрической природой ребенка. Автор, исходя из понятия аутистического мышления, определяет эгоцентрическую мысль как промежуточную между аутистической и разумной. В то время как аутистическое мышление характеризуется игнорированием принципа реальности, не соотносится с объективной действительностью, эгоцентрическое мышление определяется тем, что не подчиняется принципу социальности.

Е. Блейлер (1912), описавший аутистическое мышление в качестве характерной особенности психической деятельности больных шизофренией, обратил внимание, что его механизмы обнаруживают свое действие и у здоровых людей, проявляясь в сновидениях, мифологии, народных суевериях и других случаях, где мышление отклоняется от реального мира. Он указал также, что аутистическое мышление свойственно детям. Вследствие отсутствия у ребенка опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления, проявляющаяся фантазия легко «получает перевес в смысле аутизма».

Основными, имея в виду уровень мыслительной деятельности, являются, по Р. С. Немову (1990), наглядно-действенное, наглядно-образное, образное и отвлеченное формы мышления. Описаны и другие его формы: «практическое мышление», «эмоциональное мышление» (J. Meier), «визуальное мышление» (R Arnheim), оценочное, критическое, креативное, дивергентное и т. д.

Исследования с человекообразными обезьянами показали, что их умственная деятельность напоминает мышление человека, хотя и протекает в форме внешне-двигательных операций (Келер, 1930). По мнению Л. С. Выготского (1934), зачатки интеллекта обезьян, то есть мышления в собственном смысле слова, составляют первичную фазу в развитии мышления, фазу до-речевого мышления. Открытие мыслительной деятельности в виде внешних действий с предметами в сложных ситуациях, операций с наглядными схемами, моделями конструкций разрушило старые представления о мышлении, как чисто внутреннем словесно-логическом процессе и привело к признанию существования у человека различных форм и уровней мышления, тесно переплетающихся между собой и переходящих друг в друга.

Этнографическими исследованиями установлено, что мышление народов, находящихся на относительно низких ступенях общественно-исторического и культурного развития, отличается рядом особенностей от мышления современного цивилизованного человека (Леви-Брюль, 1930; Фрезер, 1980). Своеобразие «первобытного» мышления Леви-Брюль пытается передать выражением «пралогическое мышление», указывая, что главное в нем — ориентация на мистические причины, действие которых такой ум чувствует повсюду. Д. Д. Фрезер высказал несколько неожиданную мысль о том, что магическое или мистическое мышление предшествует научному мышлению, что магия — «близкая родственница науки». Радикальной противоположностью магии он назвал религию. Великий поворот от магии к религии, — как считает Д. Д. Фрезер, — ознаменовал собой переход к иной форме мышления — «религиозной».

Мы считаем оправданным подробное описание некоторых из упомянутых видов мышления. Это поможет анализу нарушений мышления, встречающихся в психиатрической клинике, поскольку аналогии между патологическими и некоторыми ранними формами мышления достаточно очевидны и к тому же довольно многочисленны. Необходимо лишь подчеркнуть, что механическое приложение существующих представлений о разных видах мышления к объяснению причин его расстройств в плане регресса не может быть в достаточной мере обосновано и принято. Как указывает А. В. Снежневский (1970), мнение ряда авторов о наступающем при психозах регрессе психической деятельности на онтогенетически ранние уровни развития не доказано, но можно предположить факт такого регресса.

**Наглядно-действенное мышление.** Наиболее важные его особенности составляют направленность на конкретные, воспринимаемые в данный момент предметы, и проявление в виде определенных действий с этими предметами. Данный вид мышления представляет собой «первичный», наиболее ранний вид интеллектуальной деятельности, не связанный с речью. Как указывает С. Л. Рубинштейн (1946), интеллектуальная деятельность формируется сначала в плане действия. По мнению Б. М. Теплова (1965), крупнейшим приобретением материалистической психологии является установление того факта, что и в филогенезе, и в онтогенезе генетически первой ступенью мышления может быть только наглядно-действенное мышление.

У высших приматов и детей в возрасте до двух лет данный вид мыслительной деятельности обозначается также как «сенсомоторное мышление» или, по выражению И. П. Павлова, — «ручное мышление». На этапе сенсомоторного мышления характер действия, которыми оно выражается, определяется кругом доступных манипуляциям предметов. Так, в опытах В. Келлера шимпанзе пытается достать подвешенный на большой высоте плод с помощью ящиков, устанавливая их один на другой, либо, когда их нет, вскакивает на плечи экспериментатора, или, если на глаза

попадает палка, сбивает плод ею. Не только вид действия, но и сам акт наглядно-действенного мышления становится возможным таким образом лишь с появлением в поле зрения того или иного предмета. В поведении и игровой деятельности детей раннего возраста основные особенности сенсомоторного мышления проявляются достаточно отчетливо, хотя и не вполне тождественно с «практическим интеллектом» приматов. Проявление наглядно-действенного мышления можно встретить и у взрослого человека. Например, в отношении предметов, о которых нет знания и опыта. Индивидуум в этих условиях действует наугад, «на ощупь», пытается методом проб и ошибок установить свойства объектов и существующие между ними отношения.

Существуют и зрелые формы ручного мышления. Его уровень определяется сложностью манипуляторных навыков. Как указывает Л. Леви-Брюль, несмотря на мистическую оторванность мышления, «первобытные люди» представили массу доказательств поразительной ловкости, находчивости, изобретательности и удивительного мастерства в охоте, рыболовстве, искусстве. В раскопках эпохи неолита обнаружены каменные изделия, отличающиеся необыкновенным изяществом и совершенством форм, удивительным, казалось бы, знанием природы камня. Но тщетно было бы искать здесь знание. Это был многовековой опыт практического умения. И в наше время существуют массовые рабочие профессии, где можно что-то делать, не вдаваясь в теорию. Например, сортировать предметы, паять, сваривать детали, производить сборку механизмов, брошюровать книги, то есть «думать руками», оставаясь на уровне наглядно-действенного мышления. При психических расстройствах можно ожидать регресса мышления на этот уровень. Во всяком случае, у кататоников нечто подобное, вероятно, и происходит.

Наглядно-действенное мышление у детей осуществляется без участия речи, хотя зачатки речи на этом этапе развития интеллекта уже имеются. Мышление и речь имеют разные генетические корни, и их развитие идет по различным линиям, независимо друг от друга (Выготский, 1934). В возрасте около двух лет линии развития мышления и речи перекрещиваются, совпадают и дают начало совершенно новой форме поведения, столь характерной для человека. Ребенок в эту пору делает величайшее открытие в своей жизни — он открывает, что каждая вещь имеет свое имя (Штерн, 1922). С момента открытия символической функции речи он начинает активно расширять свой словарный запас, который скачкообразно увеличивается, спрашивает о каждой новой вещи: как это называется. Мышление с этого момента становится речевым, а речь — интеллектуальной. Вместе с тем речь не приобретает еще функции общения, она, по выражению Ж. Пиаже, является эгоцентрической. Как указывает Л. С. Выготский (1934), это речь внутренняя по своей психологической функции и внешняя по своей структуре, и она самым непосредственным образом обслуживает мышление ребенка. Из ранней детской речи берут начало две линии дальнейшего ее развития. Одна приводит к формированию внешней,

коммуникативной речи, а другая — развитию внутренней речи или вербального мышления.

Ж. Пиаже различает три вида эгоцентрической речи: эхоталию, монолог и коллективный монолог. При эхоталии ребенок повторяет слова окружающих, причем может делать это несколько раз подряд, иногда коверкая слова, нанизывая сходные по созвучию выражения. Эхоталии принадлежит роль простой игры. Монолог является речевым сопровождением собственных действий, намерений, ребенок разговаривает наедине с собой. Нередко вслух называются предметы, воспринимаемые в данный момент. При коллективном монологе ребенок говорит в присутствии собеседников, ни к кому конкретно, однако, не обращаясь, он громко говорит для себя перед другими. Эгоцентрическая речь встречается иногда у взрослых, имеющих привычку разговаривать вслух наедине с собой. Наряду с эгоцентрической, у детей существует и социализированная речь в виде вопросов, ответов, критики, приказаний, просьб и угроз, передаваемой информации, но все же до шести-семи лет дети больше говорят для себя и о себе, чем взрослые.

**Наглядно-образное мышление.** Данная форма мышления доминирует в дошкольном и раннем школьном возрасте. Мышление опирается здесь на чувственные образы воспринятых объектов. Ребенок думает только о том, что он наблюдает в данный момент. Пытаясь, к примеру, погасить свет, из двух стульев он выбирает тот, с которого достанет выключатель. Ребенок постарше сможет вспомнить и отыскать стул, с которого он это уже делал. На уровне наглядно-образного мышления становятся доступными действия с образами восприятия: сравнение, группирование. Во внимание при этом принимаются наиболее яркие внешние свойства объектов. Например, группирование предметов производится по признаку цвета, а не по назначению или скрытым качествам.

Данный вид мышления хорошо развит у взрослых людей с практическим складом ума — руководителей, менеджеров и представителей других операторных профессий, которым свойственно принимать решения в ходе непосредственного наблюдения за объектами своей деятельности, в ситуации «здесь и теперь». Как считает Б. М. Теплов, ум государственного деятеля, политика или полководца не является чем-то более элементарным, по сравнению с умом ученого, теоретика, и нет оснований считать работу практического ума более простой, чем работу ума теоретического.

Наглядно-образное мышление может нарушаться при чувственном бреде (бреде восприятия).

**Образное мышление.** Главной особенностью образного мышления является недостаточное развитие способности усваивать и использовать понятия, отличающиеся высокой степенью обобщения и абстрагирования. Место понятий занимают природные образы, объекты и явления в их ситуационных отношениях. Другими словами,



вместо отвлеченных образное мышление предпочитает иметь дело с собирательными и конкретными понятиями. Отношения между образами строятся не по законам логики — преобладают «ситуационные связи», всякий раз меняющиеся в зависимости от конкретных обстоятельств или эмоционального отношения к происходящему. Понимание логических отношений и отвлеченных понятий страдает, особенно если они не иллюстрируются простыми и наглядными примерами. Скрытый, глубокий смысл явлений не формулируется, рассказы о прошедшем пространны и наполнены массой излишних подробностей.

Специфическим вариантом образного является мышление художественное. Его своеобразие состоит в том, что глубинное чувство, не всегда ясно осознаваемое, выражается посредством конкретных образов действительности или особой системы символов. Подчас очень серьезные мысли излагаются в виде аллегорий, метафор, иных приемов иносказания. Примером художественного мышления могут служить также пословицы, поговорки, притчи. В этих простых и доступных формах переплавлены мудрость и представления о непреходящих ценностях жизни.

**Отвлеченное или теоретическое мышление.** Основными его особенностями являются: строгое соблюдение принципа реальности, то есть направленность на познание объективной действительности и последовательное применение достоверных критериев истины; использование общих и абстрактных понятий, отношения между которыми строятся в соответствии с законами логики; доминирование объективных ценностей и сведение роли субъективного в мышлении до минимума — Платон мне друг, но истина дороже. Познавательная деятельность мотивируется исключительно поисками объективной истины, а не выгоды, удовольствия или пользы — «истина светит сама для себя». Примером наиболее развитой формы отвлеченного мышления может служить научное мышление.

Приоритет в разграничении теоретического и практического мышления принадлежит Аристотелю. «Теоретический ум не мыслит ничего относящегося к действию и не говорит о том, чего следует избегать и чего надо домогаться. Для решения практических задач нужна другая способность».

В описании упомянутых форм мышления отражена их реалистическая ориентация, направленность на внешний, объективный мир. Различие между ними состоит лишь в форме, в которой осуществляется мыслительный процесс, — действие, образ, представление, понятие. Что касается нижеследующих видов мышления (аутистическое, пралогическое, религиозное, эгоцентрическое), то их объединяет выраженная в разной степени субъективная направленность, та или иная степень отхода от принципа реальности.

**Аутистическое мышление.** Основные признаки аутистического мышления, по Е. Блейлеру (1927) таковы. Во-первых, это алогичное мышление, мышление, для которого логика или какие-то регулярные правила движения мысли не являются сколько-нибудь важными и тем более обязательными. Аутистические идеи находятся в грубом противоречии не только с действительностью, но и между собой, с точки зрения логики они абсолютно бессмысленны. «Самые противоречивые желания могут существовать наряду друг с другом и получать даже выражение в одних и тех же аутистических мыслях: быть опять ребенком, чтобы простодушно наслаждаться жизнью, и быть в то же время зрелым человеком, желания которого направлены на большую работоспособность, на важное положение в обществе, жить бесконечно долго и заменить одновременно это жалкое существование нирваной; обладать любимой женщиной и сохранить вместе с тем для себя свободу действий...». Игнорируются не только логические, но и временные отношения. Аутизм «... перемешивает бесцеремонно настоящее, прошедшее и будущее. В нем живут еще стремления, ликвидированные для сознания десятки лет тому назад; воспоминания, которые давно уже стали недоступны реалистическому мышлению, используются им как недавние, может быть им даже отдается предпочтение, так как они меньше наталкиваются на противоречие с актуальностью».

Во-вторых, аутистическое мышление тенденциозно. «Цель достигается благодаря тому, что для ассоциаций, соответствующих стремлению, прокладывается путь, ассоциации же, противоречащие стремлению тормозятся, то есть благодаря механизму, зависящему, как нам известно, от влияния аффектов. Между аутистическим и обычным мышлением не существует резкой границы, так как в обычное мышление очень легко проникают аутистические, то есть аффективные элементы». Аутистические идеи соответствуют не реальности, а возникающим стремлениям, желаниям, коренящимся в потребности удовольствия. Аутистическое мышление может быть определено в связи с этим, как мышление эмоциональное или «кататимное» (Майер, 1914).

Третья особенность аутистического мышления касается способа выражения мысли: «Аутизм пользуется первым попавшимся материалом мыслей, даже ошибочным... он постоянно оперирует с недостаточно продуманными понятиями и ставит на место одного понятия другое, имеющее при объективном рассмотрении лишь второстепенные общие компоненты с первым, так что идеи выражаются в самых рискованных символах». В символике с наибольшей отчетливостью обнаруживается «прирожденный» характер аутистического мышления. Символика «повсюду отличается невероятным однообразием, от человека к человеку, из века в век, от сновидения вплоть до душевной болезни и до мифологии... Одни и те же комплексы всегда дают повод к символике, и средства для их выражения всегда одинаковы... Символы, известные нам из очень древних сказаний, мы вновь находим в бредовых построениях наших шизофреников...».

Наконец, аутистическое мышление характеризует и то, что его механизмы создают удовольствие самым непосредственным образом: «Тот, кто удовлетворяется аутистическим путем, имеет меньше оснований или вовсе не имеет оснований к тому, чтобы действовать».

Аутистическое мышление, как подчеркивает Е. Блейлер, во многих отношениях противоположно реалистическому. Автор указывает, что оно является юной в филогенетическом отношении функцией, которая присоединяется к реалистической к тому времени, когда создаются более сложные и точные понятия и с этих пор развивается вместе с ней. Аутистическое мышление берет начало в возрасте двух, трех лет, с появлением у детей способности фантазировать.

**Пралогическое мышление.** По имеющимся в литературе описаниям, это качественно иной способ мышления, отличающийся как от реалистического, так и аутистического. В отличие от последнего, пралогическое мышление не является алогичным, бессистемным и внутренне противоречивым, напротив, оно осуществляется в соответствии с определенными целями и законами, далекими, однако, от логических. Кроме того, оно ориентировано не в сторону удовольствия и ставит целью контроль над реальностью, и выражается не пассивной игрой воображения, а вполне определенными, хотя и символическими действиями. Вместе с тем пралогическое мышление или, по К. Юнгу, архетипы, древние мыслеформы, отличается и от реалистического мышления. Главное различие состоит в том, что пралогическое мышление оставляет без внимания причинно-следственные связи объектов и усматривает в происходящем участие сверхъестественных сил. По Fr. Klix (1980), наиболее примечательными особенностями архаического мышления (то есть мышления людей, начиная с Кроманьона и кончая примерно десятым тысячелетием до н. э.) являются тотемизм и магия, культ и мифы, вера в демонов и потусторонние силы. Оно основано на регистрации связей, непосредственно выступающих в восприятии, хотя в его глубинах заложено имплицитное предположение, что «за всеми событиями стоят их причины, все события детерминированы».

Основу пралогической или архаической «мыслительной структуры» составляют закон подобия и закон партиципации (сопричастия; контактности) — Д. Д. Фрезер (1980).

Согласно первому закону архаического мышления, любое явление может быть вызвано путем его имитации. Например, у жителей острова Суматра бесплодная женщина, пожелав стать матерью, делает деревянную куклу и затем некоторое время держит ее на коленях, подражая родам. Она убеждена, что эти действия дадут ей возможность иметь ребенка. В повести Ф. М. Достоевского «Село Степанчиково и его обитатели» Фома Фомич вынуждает Егора Ильича сбрить бакенбарды, рассуждая следующим образом: бакенбарды делают Егора Ильича похожим на француза и в этом заключается причина отсутствия у него патриотических чувств.

Закон партиципации состоит в следующем: свойства одного предмета переходят на другой при их соприкосновении; воздействие на один предмет распространяется на другой, находившийся ранее в контакте с первым. Так, у гуичолов считалось, что перья сокола и орла обладают способностью видеть и слышать все. Шаманы гуичолов, надевая перья на себя, «приобретали» таким образом свойства названных птиц. Еще во времена Н. Шекспира считалось, что смазывание оружия, которым нанесена рана, способствует более быстрому ее заживлению. Именно по этой причине «первобытный человек не меньше, чем о своем имени или изображении, беспокоился о своей тени. Если бы он потерял свою тень, то он счел бы себя безвозвратно потерянным» (Леви-Брюль, 1934). У туземцев острова Фиджи считается смертельной обидой наступить на чью-либо тень. В Западной Африке «убийства» совершаются иногда путем вонзания ножа или гвоздя в тень человека — «преступник», пойманный с поличным, немедленно подвергается казни. С законом сопричастия связаны многие другие вещи, в частности, магия слов. Слово могло само обладать свойствами предмета, который оно обозначало, а воздействие на слово передавалось на этот предмет. У кафров, свидетельствует Д. Фрезер, существовал своеобразный способ исправления правонарушителей. Имя вора следовало в течение трех суток отваривать в настое целебных трав. Перед этим это имя произносили над котлом, а крышку тут же закрывали. Нравственное возрождение тем самым было обеспечено, даже если правонарушитель ничего не знал об этой процедуре.

Законы пралогического мышления являются причиной неожиданных и совершенно непонятных на первый взгляд умозаключений. На их основе может совершаться, например, ложная идентификация одного человека с другим, людей и животных с их изображениями, с неодушевленными предметами. Так, бороро (племя Северной Бразилии) «совершенно спокойно говорят, что они уже сейчас являются настоящими араара (разновидность попугаев), как если бы гусеница заявила, что она — бабочка» (фон-ден-Штейн). Известно, что у многих народностей, сохранивших основные черты пралогического мышления, пластические изображения живых существ считаются столь же реальными как и сами изображаемые животные. В Северной Африке, свидетельствует Л. Леви-Брюль, мандалы говорили, что портреты заимствовали у своих оригиналов часть их жизненного начала. «Я знаю,— говорил один из мандалов,— что этот человек уложил в свою книгу многих наших бизонов, я знаю это, ибо я был при том, когда он это делал, с тех пор у нас нет больше бизонов для пропитания». Столь же своеобразным является отношение первобытного человека к собственному имени, что отразилось в магии имен.

Одним из признаков пралогического мышления считают рассуждения, построенные по принципу: после этого, значит, вследствие этого. Л. Леви-Брюль иллюстрирует его следующим наблюдением: «В Танне (Новые Гебриды) туземец, проходя по дороге, видит, как на него с дерева падает змея; пусть он назавтра или на следующей неделе узнает, что сын его умер в Квисленде, и уж он

обязательно свяжет эти два факта». Это тип мышления, при котором место причинно-следственных связей занимают отношения смежности между событиями, оказавшими сильное эмоциональное впечатление. Данное обстоятельство объясняет, между прочим, тот неизменный успех гадалок и ворожеев, каким они пользовались у простодушных людей всех народов и продолжают ими пользоваться по сей день. Что бы не случилось, суеверный человек непременно свяжет предсказанное гадалкой событие, если оно хотя бы через много лет состоится.

На уровне «первобытного мышления» незнание действительных причин происходящих событий восполняется верой в существование нематериальных потусторонних сил, в телепатию, во всеобщее одушевление, в спиритизм, прорицание, перевоплощение, в мистику вообще. Мистическая ориентация мышления выражается, кроме того, уверенностью в том, что на ход реальных событий можно влиять посредством колдовских приемов. В соответствии с законами архаического мышления различают следующие виды магии: гомеопатическую и контагиозную. Первая основана на законе подобия и представляет собой действия (включая речевые и мысленные) с изображением объектов или подражание с целью породить желаемое событие. Так, если индеец племени оджибеев хочет убить врага, то мастерит похожую на него куклу, а затем сжигает и хоронит ее под магические заклинания. Закон сопричастия составляет «теоретическую» основу контагиозной магии. Примерами последней служат колдовские способы воздействий на человека через его одежду, остриженные ногти, волосы, следы на земле и т. п. Белая магия — это колдовство с благими намерениями, например, для исцеления больного. Черная магия — имеет целью причинение вреда («порча», «сглаз», «наговор» и т. д.). Суеверные люди до сих пор продолжают считать, что остриженные волосы не следует выбрасывать на улицу, их нужно сжигать, иначе будет болеть голова. Система магических приемов образует ритуал, церемонию, обряд. Ритуалами могут быть как действия, так и запреты на них — табу. Следствием мистической установки мышления может быть убеждение в том, что естественный ход событий целиком определяется оккультной практикой. Результаты личной деятельности объясняются точно так же. Удачная охота, например, связывается дикарем не с умением, находчивостью, мастерством или удачным стечением обстоятельств, а рассматривается как следствие совершаемых перед тем обрядов. Способность «управлять» грозными явлениями природы, присваиваемая наиболее ловкими соплеменниками, шаманами, вождями, приводит к появлению у последних идей могущества и убеждения в том, что они являются временным («вдохновение») или постоянным («одержимость») средоточием сверхъестественных возможностей. Естественно, соплеменники бывают вполне индуцированы этими явлениями. Неудачи, болезни, стихийные бедствия приписывают влиянию колдовских чар, насылаемых врагами или объясняются «плохой работой» своих колдунов. Печальная участь последних была в этом случае предрешена. Архаичные представления обнаруживают очевидное внешнее

сходство с бредовыми идеями величия, могущества, воздействия у современных пациентов и многих внешне здоровых людей, проникшихся верой в порчу, телепатию, ясновидение, глазное прорицание, гомеопатию и многое другое.

Существенным признаком пралогического мышления считается отчуждение результатов собственной психической активности, отношение к ним как к посторонним, внешним по отношению к индивидууму. Об этом свидетельствует, например, свойственная предкам объективизация сновидений — «реализм сновидений», — вера, проделавшая долгий путь из прошлого в наше время. «Первобытные люди, — указывает Л. Леви-Брюль, — вполне сознательно придают столько же веры своим сновидениям, сколько и реальным восприятиям». Более того, сновидения рассматриваются как высшая форма восприятия реальности. Душа спящего, как верили, на время сна вылетает из тела и видит то, что воспринимается как сновидение. Сновидение не отличается от яви и более того, считается большей реальностью, чем она сама. Если дикарь видел сон, в котором на стойбище напало враждебное племя, и рассказал об этом, соплеменники немедленно меняли место стоянки. Границы между «Я» и реальным миром в первобытном сознании размыты, нечетки, неопределенны. Собственное тело также может восприниматься как нечто постороннее, не включенное в структуру «Я». На это указывают, в частности, обряды принесения жертв отдельным частям тела, тенденция к их одушевлению. Другими словами, пралогическому мышлению отвечает адекватный ему уровень развития самосознания, весьма напоминающий явления деперсонализации пациентам наших дней.

Характерная особенность «первобытного мышления» состоит также в том, что один объект может рассматриваться в качестве эквивалента любого другого, если между ними обнаруживаются черты сходства. Так, в обрядах вызывания вождя любой темный предмет как бы замещает собой дождевую тучу, и на него направлены соответствующие ритуалы и заклинания. Мышление, таким образом, обнаруживает черты символики: случайный внешний признак может стать самостоятельным носителем значения целого.

**Религиозное мышление.** Находится в генетической связи с мистическим и в историческом плане формируется позднее. В своей повседневной активности религиозное мышление признает существующий порядок вещей, согласуется с требованиями реальности и логики. Закономерности объективного мира рассматриваются, однако, не как природные, естественные, а считаются выражением трансцендентальных сил, стоящих вне и над природой. Способность непосредственного управления природными и общественными явлениями, какую приписывает себе мистическое мышление, антропоцентрическая позиция человека в мире уступает в религиозном сознании место апелляциям к высшим силам, мировому духу, богу. Верующий убежден, что все в этом мире подвластно всезнающему и всемогущему богу, в том числе и судьба человека. Он осознает себя песчинкой, ничтожеством, полностью

зависимым от провидения. «Блаженны нищие духом, ибо их есть царство небесное». В ряде религий допускается существование потустороннего мира, жизни и воздаяния после смерти. Утверждение нравственных ценностей сочетается в религии с мистицизмом (молитвы, поклонение иконам, святым мощам, близкая к языческой обрядность и т. п.). Вытеснение нравственного начала первобытным мистицизмом и заставило Л. Н. Толстого выразить свое недоверие церкви.

**Эгоцентрическое мышление.** Понятие «эгоцентризм» было использовано Ж. Пиаже для того, чтобы «определить изначальную неспособность децентрировать, менять данную познавательную перспективу». «Познавательный эгоцентризм,— указывает Ж. Пиаже (1962),— опирается на недостаточное отдифференцирование своей точки зрения от других возможных». В научном плане, как считает автор, «требуется века, чтобы избавить нас от систематических ошибок, от иллюзий, вызванных непосредственной точкой зрения, противоположной «децентрированному» систематическому мышлению. И это освобождение далеко не полно и теперь... Однако процесс такого же рода может быть обнаружен и у маленьких детей... Мое описание развития понятия «брат» показывает, что ребенку, который имеет брата, требуется усилие, чтобы понять, что его брат также имеет брата, что это понятие предполагает взаимное отношение, а не абсолютную «собственность». Эгоцентрическая установка мышления выражается неспособностью разделить и понять иные взгляды, посмотреть на происходящее и самого себя глазами другого человека. Так, если ребенок закрывает глаза и никого не видит, то он при этом думает, что не видят и его. Наряду с синкретизмом эгоцентрическому мышлению, по Пиаже, свойственен также феномен несогласованности объема и содержания понятий: на вопрос, чего в рисунке больше, физических тел или живых существ? — изображены два камня, три ведра, семь собак и две лошади — следует ответ — живых существ больше. Аналогичные ответы у взрослых бывают в условиях дефицита времени. Характерно, кроме того, отсутствие представлений о сохранении количества: если воду из широкого стакана перелить в узкий, то дети думают, что в узком стакане жидкости становится больше, поскольку уровень ее там повышается. Наконец, детскому эгоцентризму присущ феномен трансдукции — смешение случайных признаков объекта с существенными. Дети, к примеру, могут считать солнце живым на том основании, что оно двигается.

Познавательный эгоцентризм свойственен и взрослому человеку. Так, если кто-то, входя в комнату, восклицает, что тут холодно, он демонстрирует собственный эгоцентризм. В отдельных случаях последний проявляется весьма отчетливо, например, у психопатических личностей паранойяльного склада. Таким лицам присуща неспособность учесть или разделить точку зрения другого человека. Они с трудом могут представить себе, что кому-то может быть неясно, что им представляется очевидной истиной, что кто-то думает иначе, имеет свое мнение, в состоянии возразить. Критика собственных суждений ослаблена — они кажутся более

обоснованными, чем это есть на самом деле. Если возникает убеждение, что личные взгляды имеют значительную объективную ценность, — а это легко может случиться — обнаруживается склонность навязывать свое мнение, диктовать, типичны чрезвычайное упорство и неподатливость в спорах. Даже очевидное противоречие с фактами не скоро может поколебать уверенность в своей правоте, собственные ошибки редко признаются и исправляются. Несогласие окружающих воспринимается с недоверием, обидой, как насмешка или оскорбление, как проявление враждебности или свидетельство глупости. Характерно повышенное мнение о себе, нарциссизм, и связанные с ним утрированные представления о долге, справедливости, других этических понятиях. Эгоцентрические суждения отличаются категоричностью, слиянием факта с отношением к нему, причем часто высказываются в поучающей манере, тоном, не допускающим возражения, хотя объективно могут быть поверхностными, недостаточно компетентными. В речи очень много арбитражных высказываний и почти либо вовсе не встречается выражений, указывающих на личный характер мнения, допускающих возможность иного понимания, — таких, как «мне кажется, я думаю, я считал бы, на мой взгляд». Скорее напротив, безапелляционная форма суждений лишь подчеркивает претензию на окончательную точку зрения в том или ином вопросе. Эгоцентрическая личность не способна посмотреть на себя со стороны, «походить в чужих ботинках», не может оценить себя реалистически, выйти из узких рамок своего «Я» на позиции беспристрастного, объективного наблюдателя.

Отношения между вышеописанными видами мышления сложны и едва ли могут быть выражены терминами субординации. Так, касаясь вопроса о соотношении логического и пралогического мышления, Л. Леви-Брюль высказывает следующее мнение: «Не существует двух форм мышления у человечества, одной пралогической, другой логической, отделенных одна от другой глухой стеной, а есть различные мыслительные структуры, которые существуют в одном и том же обществе и часто, — быть может, всегда, — в одном и том же сознании». Сходную мысль, разграничивая аутистическое и реалистическое мышление, высказывает Е. Блейлер: «Существуют степени аутистического мышления и переходы к реалистическому мышлению, однако в том лишь смысле, что в ходе мыслей аутистические и реалистические понятия и ассоциации могут встречаться в количественно-различных отношениях. Определенно можно говорить не об отношениях иерархии, а лишь о том, что у одного и того же человека ориентация мышления способна все время меняться. Это зависит от множества причин и может быть связано, в частности, с болезнью. Бывает и так, что мышление протекает одновременно в двух и трех разных планах. Например, реалистически оценивая происходящее, верующий человек в то же время склонен к мистическим интерпретациям и ему трудно однозначно определиться в своих выводах».

## **5.2. Психопатология мышления и речи**



Общепринятой классификацией чрезвычайно разнообразных нарушений мыслительной деятельности не существует. В клинической практике принято различать нарушения мышления по таким формальным признакам, как темп, связность, стройность и выделять помимо того, патологию суждений или бредовые идеи и явления слабоумия. Иные подходы используются в патопсихологии. Так, В. В. Зейгарник (1962) выделяет три вида патологии мышления: нарушения операционной стороны, расстройства динамики, а также мотивационного компонента мышления. Имея в виду существующие принципы систематики отклонений в мышлении, данные психологии и этнопсихологии о многообразии форм мышления, а также с учетом нужд потребностей клиники опишем следующие виды патологии мышления: нарушения динамики, связности процессов мышления, патологию отдельных видов мыслительной деятельности и патологию суждений (бредовые идеи). О слабоумии, то есть расстройстве интеллекта речь пойдет отдельно.

**Нарушения динамики мышления.** Характеризуются расстройствами темпа, ритма и произвольного характера мыслительной деятельности. Различают ускорение, заторможение, тугоподвижность мышления, закупорки и обрывы мысли, ментизм, а также нарушения, выражающиеся речевыми итерациями.

**Ускорение мышления (тахифрения).** Характеризуется облегченным возникновением и быстрой сменой мыслей, воспоминаний, представлений, увеличением их общего числа в единицу времени. Субъективно переживается как интеллектуальный подъем, обострение воображения, особая ясность мыслей. Одновременно с этим часто наблюдается ускоренная, громкая речь, повышенная говорливость. Похоже, больные утрачивают способность думать про себя, преобладают внешние формы речевой активности. Речь все более приближается к монологу. При легком ускорении течения ассоциаций может возрасти творческая активность и интеллектуальная продуктивность в целом. По мере дальнейшего нарастания темпа мышления качество умственной деятельности ухудшается. Внимание становится поверхностным, отвлекаемым. Вначале преобладает «внутренняя» отвлекаемость в виде увеличения числа побочных ассоциаций и воспоминаний, затем все более заметной становится «внешняя» отвлекаемость, при которой внимание легко отклоняется случайно оказавшимися в поле зрения объектами. Преобладают образные представления над абстрактными идеями. Логические отношения подменяются ситуативными, а также механическими ассоциациями по сходству, смежности, контрасту. В выраженных случаях ускорения мышление приобретает характер «скачки идей» — галопирующий поток мыслей становится совершенно неуправляемым. Собственно, пациенты уже «не думают», мысли возникают спонтанно, сами по себе. Речь отстает от хода мыслей, высказывания неполны, отрывочны, успевает произноситься далеко не все, о чем были мысли. На высоте болезненного состояния мышление и речь становятся бессвязными, отвлекаемость внимания достигает степени гиперметаморфоза. Ускорение мышления наблюдается при маниакальных состояниях, во

время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алкогольного и наркотического опьянения. Ускоренное течение ассоциацией может маскировать другие более тонкие нарушения мышления.

**Заторможенность мышления (брадифрения).** Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство оупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Заторможение мышления наблюдается при депрессии.

**Тугоподвижность мышления (торпидность, вязкость).** Замедление темпа мыслительных процессов в виде затруднений в переходе от одной мысли к другой или с одной темы на другую, повторяемости, топтании на месте, вследствие длительной фиксации предшествующих ассоциаций, их инертности, прилипчивости. Торпидными становятся также речь, и действия. Обычно сопровождается снижением уровня мышления, обеднением речи (олигофазия, упрощение или громоздкость грамматических структур, обилие неточностей, а также слов, не несущих смысловой нагрузки). Наблюдается при эпилептическом слабоумии.

**Закупорка мышления (шперрунг)** — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Могут появляться отдельные мысли, которые тут же «тают», не складываясь во что-либо определенное. При чтении в это время не узнаются слова, плохо понимается значение длинных фраз — «слышу, что говорят, но не понимаю, не доходит смысл». Приостанавливается не только мышление, нарушается также способность представлять, реагировать и действовать. Забывается, что и как надо было делать, зачем понадобился перед тем тот или иной предмет, каково его назначение. Узнавание предметов как будто сохраняется. Больные беспомощно топчутся на одном месте, бесцельно перебирают или перекладывают предметы, могут произносить одни и те же слова, фразы. Сознание обычно не нарушается, воспоминания об этих состояниях сохраняются. Однако нет оснований утверждать, что блокада психической деятельности не может быть тотальной и захватывать также активность сознания. Вот как описывает состояние пациент: «Не понимаю, где нахожусь, с кем, что это я, нет мыслей, чувств». Подобные эпизоды длятся

несколько секунд, не сопровождаются утратой сознания, но в них выявляется расстройство самосознания в виде блокады чувства «Я». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились. Наблюдаются при шизофрении, могут быть выявлены уже в начале болезни. Относятся к «базисным» нарушениям психической деятельности, свойственным данной болезни (Нивеч, 1976).

**Обрыв мысли.** Состояние, напоминающее шперрунг. Переживается как беспричинное внезапное исчезновение нужной мысли, потеря нити рассуждений, забывается, о чем хотелось сказать и что было сказано перед этим. Способность мыслить, реагировать, действовать при этом не утрачивается. Потерянная мысль может вернуться сразу же, но иногда ее не бывает часами, сутками, после чего она столь же неожиданно появляется в сознании. Попытки пациентов вспомнить забытое оказываются безуспешными. Иногда они говорят, что мысли «отнимают, воруют». Обрыв мысли представляет собой ранний, не столь тотальный прототип шперрунга. Часто встречаются внешне сходные, но по существу отличающиеся от обрыва мысли нарушения. Так, при астенических состояниях пациенты постоянно отмечают потерю мыслей. Как правило, это бывает во время беседы. Обычно выясняется, что больные при этом отвлеклись побочными соображениями, случайно о чем-то вспомнили, что-то постороннее привлекло их внимание или их кто-то перебил. Почти всегда им удается вспомнить забытую мысль. Досадую, они стараются контролировать себя, более цепко держать мысль, а когда это не удается, пытаются маскировать неудачи.

Причиной последних является ослабление произвольного внимания. Не менее часто встречается внезапная, связанная с цейтнотом забывчивость на названия или имена. В большинстве случаев она не является обрывом мысли, но указывает на снижение памяти, ее скорости.

Наблюдаются кроме того, психогенно обусловленные остановки мышления, например, состояния «экзаменационного ступора», при которых теряется способность к связному изложению и забываются хорошо знакомые сведения. Сильное волнение вообще препятствует свободному течению мышления. Короткие задержки мышления встречаются также у больных эпилепсией (Блейлер, 1920). По типу шперрунга возникают припадки височной эпилепсии. Шперрунги и обрывы мысли, равно как и другие проявления психического автоматизма нельзя считать прерогативой шизофрении. Быть может и реже, но они встречаются также при экзогенно-органических психозах.

Нередко наблюдаются состояния, близкие шперрунгу и напоминающие вместе с тем абсансы и короткие приступы амбулаторного автоматизма больных эпилепсией. Так, по словам больной, она часто «отключается» — внезапно слышится «щелчок в голове, теряется соображение». Последующее помнится смутно, лишь отдельные детали. Сообщает, что в это время моет иногда под краном голову. Затем «слышится повторный щелчок», после чего она

приходит в обычное состояние. Длительность указанных эпизодов не превышает нескольких минут. В другом наблюдении больная сообщает о «провалах памяти»: «Иду, например, домой и вдруг отключаюсь. Очнусь, а дом остался позади. Что в это время делаю — не помню. Когда прихожу в себя, кажется прошло много времени, но на самом деле все длится несколько минут. Стала хуже память: забываю слова в разговоре, могу сказать не то слово, забывается, что хотела сказать». Разграничение упомянутых нарушений от эпилептических пароксизмов может быть проведено лишь с учетом всей совокупности клинических данных.

Как видно из предыдущего описания, объем психической деятельности, блокированной во время шперрунга, может быть неодинаковым. Существуют, очевидно; разные по тяжести клинические варианты шперрунга.

Предполагаемая шкала тяжести состояний шперрунга могла бы быть такой: обрыв мысли — блокада вербально-логического и образного мышления — блокада всех когнитивных процессов при сохранении ясного сознания — выключение когнитивной деятельности, а также самовосприятия и сознания, что весьма сближает шперрунг с абсансом. Существует, вероятно, возможность того, что шперрунг распространяется также на продуктивные расстройства, например, галлюцинации. Встречаются пациенты, которые сообщают о внезапных паузах, во время которых голоса вдруг полностью исчезают, а затем столь же внезапно возобновляются.

В клинической картине припадков Клооса, относящихся к катаплектическим расстройствам, также возникают перерывы в течении мыслей, сопровождаясь ощущением пустоты в голове и временным параличом самовосприятия. Иллюстрацией припадков Клооса может служить следующее наблюдение. Больной описывает пароксизмально возникающие у него расстройства следующим образом: «Исчезают вдруг мысли, забываю, что должен делать, откуда и зачем пришел, куда иду. Резкая слабость во всем теле, внутри холод, обрываются вниз все органы. Тело легкое, будто его нет совсем. В это время стою на месте, не двигаюсь, не могу ничего сказать, даже шевельнуть пальцем. Потом это сразу проходит, само по себе или если меня окликнут». А. В. Снежневский (1968) указывает, что припадки Клооса могут наблюдаться в начале шизофрении.

**Ментизм (мантизм).** Непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания — «Ералаш в голове, тысяча мыслей, летит, не запоминается». Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное. Пациент сообщает: «Мысли приходят самопроизвольно. Читаю, и — раз, ударит—погиб отец, кто-то расстрелял моих детей». Таким же образом возникают необычные желания: «Вдруг появляется импульс прыгнуть с лестницы, под машину — в этот момент ни о чем не

думаешь, лишь бы прыгнуть». Ментизм проявляется вторжениями отдельных странных мыслей, непродолжительными эпизодами насильственного мышления, может длиться неопределенно долго. Непроизвольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику: «Голова все время под напряжением, мозг не отключается, не отдыхает, думается все время, и днем, и ночью. Кажется, кто-то думает за меня. Было ощущение, будто мысли наводили гипнозом. Мыслей много, они разные, не запоминаются». Ментизм может быть образным, в виде калейдоскопически быстро сменяющихся бессвязных представлений или воспоминаний разного содержания. У депрессивных больных могут возникать непрерывно наплывающие мысли, яркие образы, созвучные подавленному фону настроения: мысли о смерти, гибели близких, несчастиях, сценах самоубийства, собственных похорон. Больных часто пугает «завораживающее» действие возникающих мыслей и образов, их привлекательность, возможность того, что они могут осуществиться. Поток мыслей депрессивного содержания обозначают термином «депрессивный ментизм». Явления ментизма свойственны также астеническим, невротическим состояниям, наблюдаются у пациентов с последствиями травматического поражения головного мозга. Особенно часто встречаются перед засыпанием, в дремотном состоянии — гипнагогический ментизм. Невольно вспоминаются впечатления дня, неприятности, собственные промахи, сами собой являются какие-то мысли, мелькают лица, проносятся картины, все больше напоминая сновидения. Депрессивный, астенический, травматический варианты ментизма отличаются от ментизма в более узком и традиционном его понимании, то есть параноидного ментизма (наблюдающегося в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома).

**Речевые итерации** (стереотипии, словесные тики) выражаются произвольным, часто многократным повторением слов или фраз, произнесенными как самим больным, так и окружающими. Повторение бывает спонтанным или выявляется в ответах на вопросы.

К речевым итерациям относятся палилалия, вербигерация, персеверации, возвращающиеся выражения, эхолалия, а также письменные ее варианты — палиграфия и эхография (Критчли, 1974).

Палилалия, впервые описанная Brissaud, заключается в произвольном повторении пациентом два раза или более последнего слова, фразы или предложения, сказанных им самим. Так, после ответа на вопрос о сегодняшнем числе (ответ: «Не знаю — численника нет»), выражение «численника нет» повторяется без перерыва несколько раз подряд. Больной правильно перечислил дни недели, а затем, не останавливаясь, повторяет сказанное еще дважды. Данный феномен называют «симптомом граммофонной пластинки» Майер-Гросса или «стоячими оборотами речи» (некоторые авторы не относят его к проявлениям палилалии, ограничивая последнюю многократным повторением лишь одного

слова). Слова, по мере их повторения, становятся все более «обрывистыми» или частично «проглатываются», голос затихает, в то же время скорость проговаривания нарастает. Палилалия проявляется не только в ответах на вопросы, но также в спонтанной речи. Возникает как в отношении «интеллектуальной речи», так и эмоциональных восклицаний, брани и других форм речи более «низкого уровня». Как правило, не касается произношения автоматизированных речевых оборотов. Речевые итерации достигают 20 повторений и более, в конце повторение может быть беззвучным — «афоническая палилалия». Палилалия — симптом стриопаллидарного поражения, наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме, псевдобульбарном синдроме, болезни Пика, Альцгеймера, других абiotрофических процессах. От палилалии следует отличать пали-логию — индивидуальную особенность некоторых ораторов умышленно повторять слова или фразы с целью смыслового подчеркивания.

Вербигерация — повторение бессмысленных выражений, коверкание или нелепое нанизывание слов и звуков. Так, больной на протяжении нескольких часов выкрикивает одну и ту же фразу: «Солнце с мясом не играют!». Или говорит: «Ах, так, вах, чвах, брах, тух, жух...». Речевые стереотипии этого рода характерны для шизофрении, встречаются при кататоническом возбуждении. При тревожной депрессии, сопровождающейся двигательным и речевым возбуждением, наблюдается вербигерация в виде многократного повторения восклицаний отчаяния: «Погибаю, спасите меня!.. Боже мой, что теперь делать!..».

Персеверации — застревание ответов на вопросы. Сообщив свою фамилию, на последующие вопросы (касающиеся возраста, адреса) больной продолжает называть фамилию. Персеверации наблюдаются при поражении сенсорного центра Вернике, встречаются при оглушенности сознания.

У больных с грубой афазией встречаются речевые стереотипии, обозначаемые как «возвращающиеся выражения». Речь ограничена единственной фразой или словом, используемым в любых случаях, каким бы неуместным или нелепым оно при этом ни было. Так, у больного после черепно-мозговой травмы речевой стереотипией было слово «Помогите!» Джексон предполагал, что слова, образующие речевую итерацию, связаны с мыслями больного в момент мозговой катастрофы и представляют собой ту фразу, которую он намерен был произнести перед потерей сознания.

Эхолалия — произвольное повторение в неизменном виде или с некоторыми вариациями речи (слов, отдельных фраз) окружающих. Иногда повторяется последнее услышанное слово — митигированная эхолалия (некоторые авторы митигированной называют эхолалию, когда пациент повторяет вопросы врача, видоизменяя интонацию или построение фразы). Например, полностью или частично, без изменения особенностей произношения могут повторяться ответы или вопросы собеседника. Эхолалия может быть отставленной. Так,

ребенок в точности воспроизводит фрагменты услышанной взрослой речи некоторое время спустя — фонографизмы. Эхолалия наблюдается при кататонии в рамках шизофрении, кататоноподобных состояниях, сенильной деменции, других атрофических процессах, при синдроме Каннера, регрессивных синдромах в детском возрасте.

Палиграфия — вариант письменной речевой итерации. Так, в письме больного на четырех страницах повторяется одно и то же бессмысленное выражение: «фе-те-тере фе-те-те». Точно также может повторяться множество раз бессмысленный рисунок.

Эхография — письменное копирование текста, предложенного в качестве образца, но не для списания. Эхография может проявляться повторением в письме речи окружающих. Так, в ответ на просьбу написать свое имя, больной полностью воспроизводит текст предложенного задания.

Логоклония — спастическое многократное повторение отдельных слогов произносимого слова. Логоклония, распространяющаяся с начальных слогов слов на промежуточные и затем конечные, считается характерной для болезни Альцгеймера. Логоклония встречается также при болезни Пика, при органических психозах и процессах.

### **Нарушения связности процессов мышления.**

**Разорванность мышления.** Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Прекрасным литературным примером разорванности мышления является бессмысленный диалог ответчика и истца в книге «Гаргантюа и Пантагрюель» Франсуа Рабле. Клиническим примером разорванности может служить следующий отрывок речи больного шизофренией: «Голоса — это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Чувашову на мусорной яме бритвенным прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки с клапанов без понимания цилиндра...». В данном наблюдении на фоне разорванности выявляются также речевые итерации в виде вербигерации («... рук с руками руковых рук...»).

Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не обращается внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное,

слушает ли вообще. В отличие от сенсорной афазии понимание речи окружающих не нарушено. Не страдает также понимание назначения предметов, до известной степени сохраняется способность к целенаправленной предметной деятельности — процессы наглядно-действенного мышления протекают на удовлетворительном уровне. Это выражается диссоциацией между внешне упорядоченным поведением и возможностью выполнять пусть несложные трудовые операции, с одной стороны, и глубокой разорванностью речи, — с другой. Разорванность мышления может наблюдаться в письменной речи.

Наряду с монологами разорванной речи — шизофазией, разорванность мышления может проявляться симптомом мимом-ответов. Встречаются различные виды мимом-ответов. Это могут быть мимом-ответы, в которых игнорируется содержание вопроса и отсутствуют логические связи в самом высказывании. Например, на вопрос о самочувствии больной отвечает: «Тюрьма — школа науки, работы и жизни трактора». В другом варианте мимом-ответов произносятся фразы, которые сами по себе не лишены смысла, однако не находятся в логической связи с задаваемым вопросом. Так, на вопрос о том, как он спит, больной сообщает: «Вчера весь день шел дождь, но лично мне больше нравится гроза». К проявлениям разорванности можно отнести, очевидно, и такие ответы, которые даются в ином логическом аспекте, хотя и находятся в плане заданного вопроса. На вопрос, изменилась ли его память, больной отвечает: «Зрительная память у меня хорошая, она всегда была лучше, чем слуховая». Основное содержание вопроса оставляется без внимания, затрагивается лишь тот его аспект, который прямо не формулируется и в лучшем случае только подразумевается. Такого рода соскальзывания в иную логическую плоскость следует отличать от неточных ответов, обусловленных невнимательностью. В последнем случае главное содержание обычно выделяется, неточности касаются мало существенных или тонких деталей.

Психологическую основу разорванности мышления усматривают в явлениях соскальзывания мысли — разрыхлении логических структур и переходах суждений из одного логического плана в другой. Это происходит вследствие того, что актуализируются латентные или слабые связи между понятиями, а существенные, магистральные остаются на периферии сознания.

Диссоциация, проявляющаяся распадом логических и сохранением грамматических структур, отражает различие между речью и мышлением. Известно, что речевые формы (внутренняя структура речи) в ходе индивидуального развития складываются много раньше, чем способность к логическому мышлению.

Симптом мимом-ответов наблюдается также при истерических реакциях, но здесь он выглядит иначе. Ответ, неправильный по существу, дается тем не менее в плане поставленного ответа и к тому же звучит нарочито нелепо. Так, на просьбу сообщить, сколько получится, если два умножить на два, больной может ответить по-



разному: три, пять, семь — неправильно, но всегда по теме задания и с демонстрацией незнания. Больной с разорванностью мышления ответит по-другому, например так: «Надо доказать запятой». Разорванность мышления является характерным признаком шизофрении.

**Инкогеренция (бессвязность мышления).** Проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: «Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескарик, очкарик, будьте здоровы...». Бессвязность мышления наблюдается при аментивном помрачении сознания, а также спутанности сознания в острых психотических состояниях различного генеза.

Астеническая спутанность мышления, как более легкая, начальная степень бессвязности, характеризуется непоследовательностью суждений, появляющейся и нарастающей по мере истощения нервно-психической активности.

Разграничение речевой спутанности на маниакальную, аментивную, хореатическую, атактическую и психогенную (Случевский, 1953; Палладина, 1961) утратило, по-видимому, значение.

**Патология отдельных видов мышления.** В данный раздел включены многочисленные нарушения мышления, клиническая структура которых может быть представлена как результат дезорганизации сложной иерархии уровней и видов мыслительной деятельности. При этом наблюдается выпадение, либо патологическое заострение различных компонентов, свойственных каждому из указанных ранее видов мышления: логического, наглядно-образного, наглядно-действенного, аутистического, пралогического, религиозного, эгоцентрического.

**Нарушения логического мышления.** Выражаются расстройствами операционной стороны мышления и, в первую очередь, операций конкретизирования, обобщения и абстрагирования. При этом возникают следующие нарушения: резонерство, формализм, патологическая обстоятельность мышления, неясное и паралогическое мышление.

Резонерство (тангенциальное мышление). Основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному

выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны. Общее впечатление о резонерстве могут дать следующие наблюдения. Например, в ответ на вопрос о самочувствии больной говорит: «Идеально здоровых людей нет, у всех что-нибудь да болит. В условиях современного цивилизованного общества это неизбежно, болезни — расплата за прогресс. Судите сами, можно ли говорить, что чувствуешь себя хорошо...». Рассказывая о взаимоотношениях со своими детьми, сообщает следующее. «Родители должны любить своих детей. Надо заботиться о них, уделять им много внимания. Дети — цветы жизни, наши надежда и будущее. Преступно, безнравственно относиться к ним плохо, забота о них — наш общий долг».

Резонерство может проявляться по-разному. Компенсаторное резонерство не выходит за рамки банальной, хотя и претенциозной риторики, вращающейся вокруг простых и очевидных истин. Таковы, например, пространные и патетические разглагольствования о важности и полезности нормальных человеческих взаимоотношений, принадлежащие большей частью психопатическим личностям, гневные и напыщенные противоалкогольные тирады больных алкоголизмом, дежурные рассуждения о морали, правах и справедливости сутяг, ханжей и склочников. Резонерство этого рода может встречаться на определенных этапах психического развития, например, в период пубертатного криза, когда стремление к самоутверждению, самостоятельному осмыслению происходящего не подкрепляется должными знаниями и опытом жизни. Наблюдается у людей, которым хочется сказать нечто особенно значительное, но сообщить, в сущности, нечего. Вот пример из манифеста футуристов: «Выйдем из мудрости, как из ужасной матки, и войдем плодами, насыщенными перцем честолубия, в огромный и крикливый рот ветра. Отдадимся на съедение неизвестному, не из отчаяния, а просто, чтобы обогатить резервуары абсурда...». Данный вид резонерства может встречаться также у больных шизофренией. Так, на вопрос о том, удачно ли складывается его жизнь, больной отвечает: «Считать себя неудачником глупо. Жизнь есть всегда жизнь, в ней просто так ничего не получишь, за нее надо бороться. Если где-то не получается порой в семье, это бывает у всех и винить в том нельзя никого, надо винить прежде всего самого себя». Условно говоря, рассуждательство с намерением произвести впечатление — это претенциозное резонерство.

Встречается резонерство с акцентуацией схоластических тенденций мышления, проявляющееся своеобразным жонглированием понятий, приводящим в конечном итоге, к потере ясности и понимания существа явлений. Так, на просьбу указать лишний предмет в группе «рыжик, мухомор, груздь, опенок» больной отвечает: «Здесь нет ничего лишнего. Мухомор, правда, считается ядовитым, но это неверно. Все дело в том, что до сих пор не найдено рецепта приготовления этого гриба и устранения яда. Может быть, мухомор является таким же деликатесом, как и шампиньон...». Выражение «заглядывать в рюмку» понимается так: «Рюмки бывают разные, смотря в какую заглядывать. У медиков, например, своя рюмка. Все

зависит от того, кто и в каком смысле говорит, врач ли, рабочий, алкоголик или еще кто. И потом приложиться и заглядывать в рюмку — две большие разницы. Посмотреть и заглянуть — не одно и то же...». К данному виду резонерства можно отнести, очевидно, и склонность к софистическим построениям в виде особой игры слов: «Я себя хорошо чувствую, потому, что чувствую себя плохо». Или: «Как больной, я чувствую себя хорошо» — схоластическое резонерство.

К резонерству относится подчеркнутое стремление ряда больных к псевдонаучным построениям, склонность к пустому, выхолощенному теоретизированию, расплывчатым рассуждениям на отвлеченные темы, бесплодным размышлениям о сложных, неразрешимых проблемах. Заимствованные и большей частью плохо понятые общие представления нередко привлекаются к объяснению сугубо конкретных явлений либо к их обозначению. Речь богата научными терминами из различных областей знания — философии, социологии, техники, психологии и др. Так, вместо изложения конкретных жалоб на здоровье больной описывает свое состояние с помощью технических терминов и аналогий. Упоминаются «пики, западения, фазы, резонанс, стирающие воздействия». Заявляет, что его беспокоит «отсутствие глотательного рефлекса», характеризует себя «холериком, по Гиппократу», говорит, что его отец страдал «астеническим синдромом». Данный вид псевдоученого резонерства является одним из компонентов описанного Т. Ziehen (1924) симптома метафизической или философической интоксикации, наблюдающегося в подростковом возрасте у психопатических личностей шизоидного склада и больных шизофренией. Указанный симптом выражается увлечением сложной философской проблематикой, мистикой, наивными попытками найти ответы на самые сложные вопросы бытия. Приоритет в описании данного нарушения принадлежит русскому психиатру П. А. Бутковскому (1834), который выделил две его формы: «сумасбродство» — склонность к пассивным размышлениям над различными трудно разрешимыми проблемами, и «суемудрие» — особое стремление познать тайны природы и сверхъестественных явлений.

Резонерство может проявляться общими, неопределенными и вместе с тем, односложными ответами на конкретно поставленные вопросы — короткое резонерство. Так, на вопрос, не испытывает ли он трудности в работе, больной отвечает: «На работе само собой — каждый переживает». На просьбу рассказать о самочувствии следует ответ: «Года есть года, в моем возрасте все может быть». Планы на будущее выглядят так: «Отдыхать, проводить время в соответствии с потребностями... Уехать отсюда... Жить... Приносить пользу...». Данный вид резонерства близок описанному Е. Блейлером (1920) симптому коротких ассоциаций, выражающемуся лаконичными высказываниями, свойственными шизофрении.

Особенностью эпилептического резонерства считают его компенсаторный характер, отражающий переоценку собственной личности. Отсюда склонность больных к многословному, хотя и

банальному морализированию, менторству, поучающему тону, подчеркивающему собственное превосходство.

Расстройство логической структуры мышления может проявляться особой приверженностью к формально-логическим конструкциям, в которых в качестве наиболее важного выделяется не реальное значение факта, не существо явления, а тот или иной формальный его аспект.

Формализм мышления (Аккерман, 1936; Сумбаев, 1948). Формализм мышления выражается в предпочтительной направленности внимания, интеллектуальных установок не на социально-содержательные, а на формальные аспекты деятельности (Поляков, Мелешко и др., 1980).

Формализм мышления может проявляться склонностью к арифметически точным ответам и констатациям, выделяющим какой-то один несущественный, нередко внешний, сиюминутный момент ситуации. Так, сообщив, что женат 20 лет, больной тут же «исправляет ошибку»: «Фактически 10 лет — жена через сутки дежурила». В другом наблюдении больной указывает, что выпивает по 130 граммов водки — «пропорционально весу». На просьбу сказать, где она живет, больная отвечает: «Жила». — «Почему жила?» — «Потому, что сейчас я нахожусь в больнице». Больного спрашивают, в каком отделении он лежит. Его ответ: «В настоящий момент я не лежу, а сижу». На просьбу не спешить в беседе, он ответил: «Я не спешу, я стою». На вопрос, чем занимается он в настоящее время, больной отвечает: «Сижу на стуле». В больницу он поступил «через дверь». На вопрос, как он спит, в ответ можно услышать: «С закрытыми глазами». Или: «На правом боку». Один из больных, заложив при этом руку за голову, ответил: «Вот так, лодочкой».

Формализм мышления проявляется также своеобразной регистрирующей манерой рассказывать о происшедшем. В рассказах раскрывается не главное в событии, а констатируется лишь внешняя сторона дела, его оболочка, футляр. Вот что сообщается, например, о причине госпитализации: «Я был дома, смотрел телевизор. Позвонили, вошли четверо, все в белых халатах. Форточка была открыта. Мне задавали вопросы, потом сказали: пошли. На дворе стояла машина, меня посадили и привезли сюда. Переодели, помыли, мужчина в халате писал...». Ответа на вопрос здесь нет, приводится лишь подробный перечень деталей, ситуации поступления в больницу. Вместо требуемых в беседе жалоб на здоровье пространно сообщается о поездках к различным специалистам, о поступлении в больницы, о том, кто и что сказал, о содержании разных справок и т. п., но ничего не говорится или только вскользь упоминается о самочувствии. Такие рассказы внешне напоминают патологическую обстоятельность мышления, однако тут есть важные различия. При патологической обстоятельности больной пытается ответить на существо вопроса, которое при формализме нередко полностью игнорируется. Кроме того, в сообщениях формальных больных

нередко говорится о совершенно случайных деталях («форточка была открыта»), не имеющих значения и не соотносящихся с другими подробностями, чего нет при патологической обстоятельности, — там фигурирует масса деталей, объединенных в одно монолитное целое. Тенденция к регистрации внешних сторон явлений отмечается при формализме не только в спонтанных рассказах или ответах на вопросы, она может быть выявлена при выполнении соответствующих экспериментальных заданий. Так, больная шизофренией, студентка университета, находит отличие реки от озера в следующем: «Река — длинная, вода — холодная, есть течение, нет кувшинок. Озеро — круглое, вода — теплая, нет течения, есть кувшинки», на просьбу назвать главное отличие, ответила, что не может это сделать, все упомянутые признаки важны, по ее мнению, в равной степени.

Формализм мышления может проявляться буквальным толкованием иносказательных оборотов речи — пословиц и поговорок. Скованность понимания пословиц словарным значением используемых в них слов особенно очевидна у больных, имеющих высшее образование, богатый опыт жизни, достаточный объем знаний и удовлетворительное или даже хорошее состояние процессов обобщения и абстрагирования, в чем можно убедиться путем соответствующих исследований. Буквальное толкование пословиц указывает на диссоциацию мышления, на разрыв между словесно-логическим и образным его формами. Нередко оба уровня мышления функционируют независимо друг от друга и. верные ответы сочетаются с буквальными — многоплановое мышление. Ошибочная интерпретация идиоматических оборотов имеет, по-видимому, другие причины. Приведем несколько примеров. Выражение «ходить на голове» понимается так: «На голове не ходят. Такое можно увидеть только в цирке». «Лезть в бутылку» — «Как в нее залезешь? Чтобы человек пролез, нужна не бутылка, а огромная бутылка». «Тише едешь — дальше будешь» — «Не ори, не шуми — дальше окажешься». «Не плюй в колодец...» — «Зачем плевать — назад пойдешь, самому же придется пить». Формализм мышления в толковании поговорок определенно свидетельствует об аутизации больных, оторванности от реальной жизни, закрытости для опыта межличностных отношений.

Сравнение понятий также проводится не по существенным, а внешним и второстепенным признакам. Так, понятия «озеро» и «река» сравниваются следующим образом: «Озеро — круглое, а река тянется, имеет исток и устье». «Камень» и «кирпич»: «Кирпич имеет правильную форму, а камень — нет». «Ум» и «мудрость»: «В слове ум две буквы, а в слове мудрость — восемь». Само звучание слова может определить отношение к соответствующему явлению. Больной объясняет, почему не нравится ему в больнице: «В слове больница содержится корень «боль», а боль — неприятна».

Указанием на формализм может служить стремление подводить то или иное явление под какое-нибудь схематическое или нормативное, например, юридическое определение и поступать в соответствии с ним либо ограничить этим свое отношение к факту. Больная

выражает возмущение следующим образом: «Меня обозвали шизофреничкой — это нарушение морального кодекса». Она в разводе с мужем, но так как они продолжали совместную жизнь, спрашивает: «Скажите, кто я теперь — сожительница?». Больной ставит врача в известность: «Я курю. Мне 18 лет. Закон такой есть, и теперь мне можно курить». Просьбу выписать из больницы без родителей он излагает так: «Вчера мне исполнилось 18 лет, теперь меня можно отпустить одного». Больной категорически отказался идти в приемный покой и заявил, что он здоров. В ответ на просьбу врача все же сделать это, сказал, что является лейтенантом запаса и «штатские» не могут ему приказывать. Когда врач указал, что имеет звание капитана, а указания старших по чину не обсуждаются, больной без возражения отправился в приемное отделение.

В оценке происходящего, своего статуса и поведения больные с формализмом мышления руководствуются не реальным значением факта, а внешней стороной дела или надуманными, выхолощенными, хотя быть может безупречными в логическом плане, выводами. Например, дается следующее объяснение неправильного поведения: «Я нахожусь в больнице, меня считают больным. Потому и веду себя, как больной». Больной упорно добивается помещения в места лишения свободы. «В состоянии гнева я могу убить человека. Фактически — я преступник, а преступникам место в тюрьме». На вопрос, известно ли ему о том, что в отделении находятся больные люди, пациент отвечает: «Я не врач. Поэтому не могу сказать, кто эти люди». Больная считает, что выработала пенсию, хотя ей всего 35 лет — так рано потому, что «работала на две ставки». Примеры формальной критики к заболеванию: «Болен, потому, что нахожусь в больнице... Раз меня лечат, значит, болен».

Необычный характер носят жалобы на самочувствие — в них отражены периферийные, случайные, мало что говорящие о болезни признаки. Так выглядят, например, жалобы на плохой сон: «Сплю в согнутом положении на правом боку, как беременная женщина, когда плод у нее в животе. Лечение помогло — теперь сплю с распушенными ногами». Другие примеры подобных жалоб: «Слипаются пальцы на ногах... Потрясывает в мизинце... Не могу по сторонам глядеть и носить что-нибудь в правом кармане... Не могу носить майку и стоять на цыпочках... Не могу быстро ходить и находиться на сквозняке...».

Речь больных с формализмом мышления нередко отличается протокольной сухостью, книжностью, канцелярскими оборотами, отсутствием живых и образных разговорных интонаций. Утрачивается чувство юмора, понимание шуток, речь окружающих воспринимается в буквальном смысле без учета того контекста, который придает смысловую окраску сказанному.

Патологическая обстоятельность мышления в наиболее типичном ее варианте заключается в чрезмерной детализации описания каких-либо явлений и в неспособности разграничить главное и второстепенное. В этом проявляется снижение уровня процессов

обобщения и абстрагирования. Изложение сведений строится не в логической, а пространственно-временной ситуационной последовательности. Она начинается издалека, сопровождается повторением сказанного, остановками, очень медленным продвижением вперед. Сообщения перегружены мелкими, ненужными подробностями, в которых главное содержание утопает, оно не выделяется, логического акцента на нем не делается. Перевести разговор на другую тему или остановить его удастся не сразу — больные стремятся договорить начатое до конца. Иллюстрацией к сказанному может служить следующий ответ больного эпилепсией на просьбу описать первый припадок: «В тот день мы ездили в деревню, к родне. Было воскресенье... (пытается вспомнить дату поездки)... Сестра там живет, на парниках работает, огурцы растят... Муж у нее, Василий, скотник на ферме, а раньше трактористом был, да болеть начал... Жара стояла, в автобусе духота, все мокрые сидели, у меня хоть рубаху отжимай...». Далее следует масса прочих подробностей поездки. «... Как из автобуса стал выходить, чувствую: затошнило, завертелось в голове, помутнело... Что было дальше — не помню... Говорили потом, что упал, стянуло всего...».

Снижение уровня мышления может быть выявлено в ходе клинического, а также экспериментально-психологического исследования умственных операций. При сравнении понятий качество ответов ухудшается по мере того, как предъявляются все более отвлеченные и общие понятия. Исключение лишнего предмета из группы проводится по ситуационным признакам. Нарушен подбор антонимов, тождественных понятий. Иносказательные обороты речи толкуются в буквальном или узко-конкретном смысле. Уровень обобщения и абстрагирования в ответах является одинаково низким при выполнении заданий разного типа в отличие от внешне сходных с обстоятельностью проявлений диссоциированного мышления, когда наряду с примитивными неожиданно попадают тонкие и умные ответы.

Наряду со снижением уровня мышления патологическая обстоятельность сопровождается тугоподвижностью, плохой переключаемостью внимания. Указывает на значительное ослабление интеллектуальных функций, поэтому рассматривается как «дементная форма детализации мышления» (Банщиков, Короленко и др., 1971). Чаще встречается при эпилепсии. Снижение уровня мышления характеризует органически умственную отсталость головного мозга.

Реактивная детализация мышления отличается излишне пространным описанием обстоятельств психотравмирующей ситуации, собственных переживаний по этому поводу, отношений с окружающими. Характерны драматизация, преувеличение, застревания на отдельных деталях, придание ранее казавшимся обыденным вещам нового значения, их переосмысление, повторения одного и того же травмирующего эпизода. Многие вспоминают, к примеру, сновидения, в которых были знамения последовавшего

позже несчастья, свои предчувствия, чьи-то мимолетные, но оказавшиеся пророческими замечания. Немало говорится об обстоятельствах, своевременный учет которых мог бы предотвратить трагедию. В итоге иногда формируется сложная и законченная система, в которой несчастье изображается не как случай, а роковой финал длинной цепи событий. Если при этом кто-то обвиняется, может складываться структура, близкая паранойяльному синдрому. Реактивная детализация наблюдается при психогенных заболеваниях.

Ипохондрическая детализация мышления проявляется крайне обстоятельными, с обилием мелочей и уточнений сообщениями о самочувствии, возможных причинах заболевания, проводимом ранее лечении, его результатах, и т. д. Влияние эмоций на логическое движение мысли, более заметное при образном мышлении, выражается искажением фактов, их связи, различных событий, а также восприятия собственной личности. Так, в депрессии со свойственной ей сниженной самооценкой, преувеличивается значение мрачных аспектов жизни и одновременно недооценивается все, что способствует укреплению оптимизма, уверенности в себе и самоуважения. Неадекватная самооценка больных шизофренией стоит на учете побочных деталей самовосприятия, равно как и переживание смысла внешних событий. В состоянии страха, тревоги самые безобидные впечатления могут привести к резкому возрастанию чувства опасности. При маниакальном настроении часто не улавливается серьезность происходящего, повышена самооценка. Остаются без внимания психотравмирующие ситуации, не придается значения болезням, опасным для жизни. Эйфория лишает способности адекватно откликаться на события, затрагивающие важные ценности. В состоянии дистрофии нейтральные стороны поведения окружающих могут рассматриваться как признаки оппозиции, выражение неприязни, оскорбительные выпады. У пациентов с комплексом неполноценности «встроен» механизм «самореализующегося пророчества» — запрограммированность на неудачу и неспособность видеть свой успех там, где он на самом деле есть. Точно также врач, не верящий в успех лечения, не заметит улучшения у пациента, а своим отношением невольно причинит ему ущерб.

Неясное (расплывчатое) мышление может быть охарактеризовано как нецеленаправленное мышление, мышление без цели, при котором совершаются логически необоснованные переходы от одной мысли к другой, игнорируются временные и пространственные рамки событий. Рассказы больных расплывчаты, нарушена последовательность и ясность изложения, больные теряют из виду предмет разговора, далеко отклоняются от темы. Например, на вопрос о самочувствии в данный момент следует ответ: «Самочувствие хорошее, ем по две порции каши. Никаких жалоб нет, в больнице лежал — седой волос появился. Все таблетки принимаю, какие дают. В 1971 г. лечился инсулином и голодом. Дома помогаю матери носить воду, летом хожу с родителями на сенокос. Учился в университете на факультете журналистики. Дома хожу в



аптеку, покупаю себе аминазин и мепробамат. Теперь работаю в мастерских. Являюсь корреспондентом газеты, работаю в леспромхозе художником. Уже 9 лет и 11 месяцев не пью водку, вино и пиво, никогда не курил...». Как видно из рассказа, прошлое не отграничивается от настоящего, пациент как бы блуждает во времени и месте происходящего (дом, больница, университет, настоящее и отдаленное прошлое), нарушена логическая последовательность изложения, в результате чего сообщается не только о здоровье, но также учебе, работе, досуге, привычках, наблюдается разноплановость мышления, «соскальзывание со стержня задания» (Зейгарник, 1962). Ускорения мышления при этом не наблюдается.

Е. Блейлер рассматривал такое нарушение мышления как «расплывающуюся ассоциативную структуру» и усматривал его сущность в отсутствии четкого представления цели. На это указывали также Е. Крепелин (1910), О. Витке (1925), P. Schilder (1933), K. Schneider (1930). Неспособность придерживаться доминирующей идеи является по K. Schneider причиной актуализации в мышлении «элементов заднего плана», отчего оно становится «расширяющимся», «охватывающим все и вся». По мнению Е. Stransky (1914), в основе его лежит утрата координации между эмоциями и мышлением — интрапсихическая атаксия. Утрата целенаправленности в мышлении относится к числу наиболее характерных признаков шизофрении.

K. Kleist (1934) установил, что поражение лобных долей мозга приводит к появлению пассивного «алогического» мышления, при котором «логическое» мышление заменяется «алогическим воспроизведением случайно всплывающих ассоциаций». А. Р. Лурия (1962) указывает, что поражению лобных долей мозга свойственны грубые расстройства умственной активности, своеобразие которых в том, что формально мышление остается сохраненным, однако интеллектуальная деятельность в целом грубо нарушается. По его мнению, легкое соскальзывание на посторонние связи лежит в основе тех дефектов мышления, которые многие авторы считают специфичными для поражения лобных отделов мозга.

Установлено, что разнообразные расстройства познавательной деятельности при шизофрении (формальное мышление, неравномерность интеллектуальных достижений, склонность к схематизации, псевдоабстракция) связаны с нарушением избирательной актуализации знаний, отражающей ослабление детерминации избирательности мышления опытом общественно-практической значимости предметов окружающей действительности (Поляков, 1974; Поляков и др., 1980). Отмеченная особенность мышления наблюдается и у здоровых родственников больных шизофренией, обнаруживающих характерологические особенности стеничных, гипертимных и «смешанных» шизоидов, что позволяет рассматривать аномалию избирательности мышления как конституционально-типологическую особенность психической деятельности (Поляков и др., 1977).

Данные биологических исследований свидетельствуют о том, что специфические нарушения мыслительной деятельности при шизофрении могут быть обусловлены повреждением норадренергических системощернения с их богато представленными путями и терминалиями в области диэнцефалона и лимбических структур переднего мозга (Stein, Wise, 1971). Нарушение высших форм мышления связывается с поражением дорсального норадренергического пути, идущего к переднемозговым структурам.

Паралогическое мышление характеризуется односторонним, предвзятым направлением мыслительной деятельности, в ходе которой принимаются во внимание лишь отдельные факты или случайные стороны явлений, соответствующие доминирующей установке. Все, что ей противоречит, отбрасывается как неверное либо не замечается вовсе. Например, пропажа документа расценивается как следствие хищения; возможность других причин просто не рассматривается. Из сообщения о чем-либо выхватывается отдельная фраза, и именно она будет фигурировать как доказательство правильности какого-нибудь ложного утверждения, все остальное в услышанном игнорируется.

Ход рассуждений и выводы больных с паралогическим мышлением часто совершенно неожиданны, странны, отчего оно называется также мышлением «с выкрутасами». Например, больная, увидев на столе разрезанное на две половины яблоко и лежащий рядом нож, решила: «Одна половина яблока принадлежит отцу, вторая — матери, а нож предназначен мне. Значит, я должна покончить с собой» — что она и пыталась сделать. Вернувшись после долгой отлучки домой, больной нашел, что его собака не выглядит голодной. Более того, у конуры лежит нетронутый бурундук. Из этого был сделан следующий вывод: «Все, даже собака, могут обойтись без посторонней помощи, один я никуда не гожусь». Увидев на скоросшивателе, в котором находилась его история болезни, № 7000, пациент «понял»: «Намекают: дай в лапу семь тысяч, и мурка будет жить». Он считал, что его преследуют, слежка давно и тщательно организована, врачи оказались заодно с его врагами (попутно отметим: включение в структуру бредовых суждений текущих впечатлений свидетельствует о развивающейся бредовой структуре, расширении бреда, прогрессивной динамике заболевания). Еще пример. Пациент не работает потому, что «труд ведет к заработкам и накоплению, а это — повод к ограблению и убийству» со стороны предполагаемых преследователей. Подобные умозаключения, порой сложные, хитроумные, могут свидетельствовать о достаточной сохранности интеллекта. Как отметил К. Jdeler в 1850 г., логическая виртуозность ложных заключений возможна лишь при крепком состоянии духа и достаточной активности и эластичности ума.

Паралогическое или «кривое» мышление не является собственно алогичным, формально логический процесс часто не нарушается. Речь идет, главным образом, о его тенденциозности, преформированности стойким ложным целевым представлением.

Термин «паралогическое мышление» часто используется в более широком смысле: для обозначения нарушений с отсутствием логики в болезненных рассуждениях, других расстройств логической функции. Так, под паралогическим мышлением Домаруса понимается тенденция к умозаключениям, основанным на законе партиципации (сопричастия), когда часть целого рассматривается как тождественная целому. Отдельные авторы отождествляют паралогическое мышление с символическим мышлением (Заимов, 1976). Разграничение паралогического и символического мышления представляет определенные сложности. Главное отличие между ними мы усматриваем в том, что в паралогическом мышлении формально-логическая структура мышления не нарушена, более того, она является необходимым инструментом, связующим суждения в стройную систему. Символическое мышление лишено логики — тут действуют правила архаического мышления.

Патологический полисемантизм — появление у слов нового смысла, основанного на формальных лексических признаках (фонетической структуре, числе звуков или букв, формально-речевых связях). Новое значение слова доминирует над общепринятым, так что высказывания пациента напоминают пустую словесную эквивалентность, не несущей коммуникативных функций. В. М. Блейхер (1989) поясняет это следующим наблюдением. Пациент говорит о больных: «Все они соматические больные — соматические — дети одной матери». Описание патологического полисемантизма и термин принадлежит М. С. Лебединскому (1938). Данное нарушение нами упомянуто выше как один из вариантов резонерства (схоластическое резонерство).

Бредовая детализация характеризуется очень подробными, до мелочей («жена покраснела и отвернулась», «он вдруг замолчал», «при виде меня он закурил» и т. д.), сообщениями, которые имеют особый смысл в контексте бредовых идей. Отбор деталей зависит от содержания бреда. Так, пациент с ипохондрическим бредом более подробно рассказывает о самочувствии, отношениях с врачами; больной с бредом ревности — об интимных вещах, о поведении жены и людей, с которыми она будто бы связана; и т. д. Бредовая детализация мышления типична для паранойяльных состояний. У пациентов с острыми формами бреда встречаются сообщения об отдельных мелких деталях ситуации, если они оказались созвучными бредовой настроенности.

**Нарушения образного мышления.** Сюда включены расстройства, характеризующиеся преобладанием механизмов незрелого мышления в виде чрезмерной активности процессов воображения и искажения хода мышления под влиянием эмоций, но главным образом это фантазирование.

Патологическое фантазирование — у психопатических личностей, в особенности из круга истерических, незрелость мышления может проявляться склонностью к патологическому фантазированию, получившему название синдрома фантастической псевдологии или

мифомании. Реальные положения дел при этом искажаются яркими, изменчивыми вымыслами, касающиеся прежде всего собственной личности. В отличие от истинных конфабуляций и бреда воображения вымыслы псевдологов имеют правдоподобный характер и не выходят за рамки возможного в действительности. Кроме того, критическое отношение к фантазиям полностью не утрачивается — псевдолог может быть увлечен ими, но никогда не верит в них долго и до конца. В основе развития указанного синдрома лежат черты психического инфантилизма, повышенная внушаемость и эффективность, снижение критических возможностей. Склонность к повышенной самооценке и неудовлетворенность достигнутым положением в жизни объясняет сенсационность выдумок, рассчитанных на то, чтобы поразить воображение окружающих, ослепить их блеском своей незаурядности. Могут при этом возникать пробелы воспоминаний, обусловленные вытеснением неприятных эпизодов собственной биографии (Меграбян, 1972). Истерические фантазмы близкого к описанному типа обозначают и как «целевые конфабуляции» (Завилянский и др., 1989).

Патологическое фантазирование может иметь компенсаторный характер. Фантазии преследуют цель отрицания реальности — известного способа психологической защиты. Реальность кажется пациенту отталкивающей, невыносимой, если он не находит в ней свое место. На время погружения в фантазии, где мнимые достижения отвечают уровню его притязаний, тревога и волнения на время сглаживаются или исчезают. Пациент не теряет при этом понимания того, где реальная, суровая жизнь, а где пьянящие его фантазии. Фантазирование приближается здесь к мечтательности и носит в какой-то мере произвольный характер. Фантазирование данного типа бывает также пассивным. Это проявляется чрезмерной увлеченностью чтением фантастической литературы, детективов, захваченностью фантастическими фильмами и может быть уподоблено тому интересу к сказкам и мифам, который бывает у детей в дошкольном возрасте.

Весьма часто патологические варианты фантазирования встречаются в детском возрасте. Критериями патологичности детских фантазий могут считаться следующие признаки:

- оторванность от реальности, вычурность и стереотипность содержания;
- произвольный характер, вследствие этого дети не могут прервать поток образов самостоятельно, не в состоянии быстро включаться в реальные отношения. Усилия взрослых отвлечь внимание детей от фантазий также не достигают цели;
- эмоциональная охваченность, ограниченная рамками фантазий. По этой причине дети не проявляют интереса к другим занятиям, отгорожены от происходящего. Контакты с окружающими поверхностны. Дети могут много, порою очень назойливо, по типу

монолог рассказывать о своих фантазиях, но обратная связь со слушателями при этом прерывается;

— устойчивый, длительный или даже постоянный характер фантазирования;

— снижение активности в сфере продуктивных форм деятельности, трудности социализации, а в некоторых случаях появление отчетливых признаков психического обеднения и регрессии.

По мере психического созревания детей проявления патологического фантазирования (как, впрочем, и нормального, свойственного здоровым детям) меняются в соответствии с закономерностями репрезентации опыта. В связи с этим различают несколько вариантов синдрома патологического фантазирования у детей (Ковалев, 1985).

В дошкольном возрасте преобладают фантазии в виде необычных форм игровой деятельности, странных, заумных вопросов. Дети большей частью играют в одиночестве, не пользуются игрушками, предпочитая предметы неигрового назначения. Игры однообразны, бессодержательны, в них не отражается живое участие в том, что окружает ребенка в семье или в детском учреждении. Поражают вопросы фантазирующих детей. Например: «Что бывает после смерти? Что такое бесконечность? Где живут люди, которые еще не родились?» Пациент в возрасте четырех лет донимает расспросами про «быль». Просит бабушку подробно рассказать о ее свадьбе, семейной жизни, о том, почему она развелась с мужем и т. д.

В раннем школьном возрасте (семь, девять лет) преобладают образные, визуализированные формы патологического фантазирования. Пациенты поглощены яркими картинками сражений, межпланетных путешествий, подводных плаваний и т. д. Фантазии могут иметь садистическую окраску (убийства, казни, истязания), что настораживает в плане шизофрении. Нередко образы фантазии получают выражение в многочисленных рисунках больных.

В подростковом возрасте появляются и становятся доминирующими вербальные формы патологического фантазирования. Так, это могут быть оговоры, самооговоры, самовосхваления, остросюжетные приключенческие и детективные истории.

При психических заболеваниях (шизофрении) в детском и подростковом возрасте фантазирование может приобретать бредоподобный характер. Критическое отношение к продуктам болезненного воображения, нередко неправдоподобным, на некоторое время утрачивается. Нарушается поведение, поступки пациентов идут в разрез с реальными обстоятельствами, вытекая из содержания фантазий. Последние могут иметь достаточно систематизированный, устойчивый в основных деталях характер, что позволяет считать бредоподобные фантазии ранневозрастным аналогом острого паранойяльного бреда больных зрелого возраста.

**Нарушения эгоцентрического мышления.** Здесь будут описаны расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство со свойствами детскому возрасту и преодолеваемыми к 12—14 годам особенностями мышления, выражающимися объективизацией личного мнения и необоснованно повышенной уверенностью в собственной правоте (познавательный эгоцентризм), обилием оценочных суждений, приписыванием своих мотивов поведения другим людям, склонностью к идеям отношения,, а также сверхценным идеям. Будут упомянуты нарушения мышления, проявляющиеся эгоцентрической структурой речи.

Эгоцентрический склад мышления выражается убеждением в приоритете собственного мнения над взглядами окружающих. Отсюда вытекает неспособность учитывать и уважать точку зрения других людей, неумение слушать, тенденция навязывать свои взгляды, склонность к резким, безапелляционным заявлениям, бескомпромиссность, авторитарность, упорство в стремлении рассматривать происходящее через призму собственных представлений, во все вмешиваться и все делать по-своему. О случившемся сообщается в редакции, иллюстрирующей сугубо личное восприятие событий. Характерны также множество нравоучительных сентенций, оценочных суждений и неизменная позиция оставаться всегда при своем мнении. Для примера приведем несколько достаточно прямолинейных высказываний, больных из их бесед с врачом: «Вы задаете глупые вопросы, это не имеет никакого значения... Это щекотливый вопрос, не стоит на него отвечать... Этот разговор не имеет смысла. Вы не о том спрашиваете...». В ответ на вопрос о самочувствии больной делает категорическое заявление: «Я здоров» и дает понять, что мнение врача на этот счет его совершенно не интересует. Оценочные суждения постоянно встречаются как в спонтанной речи, так и в объяснениях больными значения идиоматических оборотов речи. Например: «Не плюй в колодец...». — «Это пословица, придуманная лицемером...». Или: «Дураки плюют в колодец...». Выражение «не все то золото...» объясняется так: «Это поверхностный взгляд на вещи. Надо вникать в содержимое».

Нередко в вопросах врача больные усматривают намеки в свой адрес. В этом можно видеть готовность к идеям отношения с типичным для последних выражением эгоцентризма. Так, просьбы объяснить значение выражения «лезть в бутылку» воспринимается так: «Я с бутылками не связана, никогда не пила и не курила». «Шила в мешке...» — «Я ничего не утаиваю, всегда говорю правду». «Не все золото...» — «У меня нет никакого золота, я с ним не связан». Часто больные переносят на себя действия, о которых идет речь в пословицах. Например: «Шила в мешке...» — «Правильно... Я сделаю что-нибудь, про меня начнут потом говорить...». Значение многих выражений вообще объясняется лишь после того, как больным удается перевести их содержание на себя.

Указанные особенности мышления можно наблюдать у психопатических личностей (шизоидных, паранойяльных,

возбудимых), при эпилепсии, алкоголизме, шизофрении и других заболеваниях.

Нарушения мышления могут выражаться различными вариантами описанной Ж. Пиаже эгоцентрической речи — эхολалии, монологе и коллективном монологе, при которых утрачивается коммуникативное значение речи. Об эхολалии упоминалось ранее. Монолог проявляется в том, что больной разговаривает наедине с собой вслух; произносит названия предметов, которые видит, называет свои действия, желания. Коллективный монолог наблюдается лишь в чьем-либо присутствии. Не вступая в беседу, больной ходит, например, по кабинету, рассматривает предметы, выглядывает в окно и говорит обо всем, что видит в тот или иной момент, ни к кому, однако, не обращаясь: «Таблица... (читает)... Портрет... Какой бородатый... Книга... Машина... Люди идут...». Взглянув на руку врача отмечает: «Часы... Они перевернуты... Пишет... Запятая...». Регистрирует действия окружающих: «Кашляет... Говорит... Курит... Сердится...». Или свои собственные: «Встал... Хочет зевнуть... Пошел...». Констатация происходящего может быть письменной — больной не только говорит, но одновременно с этим и записывает сказанное. Речь, построенная по типу монолога, нередко встречается, как упоминалось, при разорванности мышления; чаще это коллективный монолог — одного появления кого-то в поле зрения бывает достаточно, чтобы больной начал произносить длинные и бессмысленные речи. У больных старческим психозом повышенная речевая активность нередко провоцируется звуками не относящейся к ним речи. Такие больные могут часами «беседовать» между собой, совершенно не слушая или не понимая того, что один говорит другому — симптом диалоголалии Шперри. У больных алкоголизмом нами описан симптом мнимого диалога: в опьянении они подолгу и громко вслух могут разговаривать или спорить с воображаемыми собеседниками, животными, перед зеркалом, в присутствии посторонних лиц.

Появление упомянутых форм речи связано, очевидно, с преходящей или стойкой регрессией на онтогенетически ранние уровни организации речевой активности.

Сверхценные идеи впервые описаны С. Wernicke в 1892 г. Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Сверхценные идеи, как указывают В. А. Гиляровский (1954), А. А. Меграбян (1972), проявляются стойким убеждением в своем высоком призвании к различным видам деятельности, уверенности в своей исключительной одаренности, выдающихся способностях и в вытекающем из этого стремлении добиться от окружающих признания объективно сомнительных прав на особое положение в жизни. Другими словами, сверхценными являются идеи, связанные с преувеличением роли и значительности собственной личности (Аменицкий, 1942).

Сверхценные идеи следует отличать от доминирующих идей. Главенствующая роль последних в сознании определяется объективными интересами, увлечением профессиональной деятельностью, а не повышенным самомнением и претенциозностью. Например, доминирующей может быть любая идея, в частности, научная, как правильная, так и ошибочная, совсем не обязательно принадлежащая данному лицу, но захватившая его целиком. Борьба за ее осуществление вовсе не является тяжбой за личное признание и самоутверждение в качестве ученого или изобретателя.

Содержание сверхценных идей не бывает странным, нелепым, оно верно отражает реальные факты. Например, больной что-то изобрел, написал, создал, в этом, несомненно, есть нечто полезное, ценное. Но затем он начинает считать себя талантливым писателем, ученым, изобретателем, высказывает убеждение в своем высоком призвании, в то время как объективно его вклад является не более чем скромным. Сверхценные идеи отличаются стойкостью, обнаруживают тенденцию застревать в сознании, им свойственна эмоциональная насыщенность, аффективная охваченность. Они плохо поддаются разубеждению, оказывают значительное влияние на поведение и оценку происходящего, так или иначе связанного с содержанием сверхценных идей. Сталкиваясь с неопровержимыми фактами, дискредитирующими сверхценные идеи, больные используют неосознаваемые механизмы психологической защиты (репрессию) и внешне некоторое время ведут себя правильно. Однако в новой ситуации, подкрепляющей уверенность в обоснованности своих амбиций, сверхценные идеи вспыхивают в сознании и обнаруживаются в поведении.

По содержанию сверхценные идеи чрезвычайно разнообразны. Это могут быть идеи, в основе которых лежит несоразмерно высокая оценка собственных творческих возможностей — больные считают себя значительными деятелями науки, политики, искусства, техники и ведут многолетнюю борьбу за признание себя в качестве таковых. Сверхценные идеи нередко проявляются в том, что больные считают себя ущемленными в правах, обойденными в справедливости, незаслуженно обиженными, оскорбленными, забытыми. Добиваясь восстановления своего имени, утраченных прав и привилегий, жестоко мстя обидчикам, пишут многочисленные жалобы, доносы, затевают один судебный процесс за другим. Часто встречаются сверхценные идеи ипохондрического содержания, в центре которых находятся опасения за состояние собственного здоровья. Целям его охраны подчиняется весь ритм и содержание жизни. Больные изучают медицинскую литературу, накапливают архивы из справок, снимков, анализов, вырезок из газет и журналов, сутяжничают, упорно добиваются консультаций видных специалистов, новейших методов обследования, дорогостоящего лечения, максимально ограничивают свою активность во всем, что не связано с преувеличенными опасениями за жизнь.

Нередко наблюдаются сверхценные идеи ревности в виде недоверчивости, готовности усматривать в поведении близкого



человека признаки неверности, но главное,— не всегда ясно осознаваемого чувства уязвленного мужского или женского самолюбия. Сверхценными могут быть вероисповедные идеи. Больные становятся иногда основателями новых направлений религии, различных сект. Их нельзя считать фанатиками веры, которые служат религиозной идее самозабвенно, совершенно бескорыстно и преданно, жертвуя ради нее своим личным и чужим счастьем. При маломасштабных сверхценных идеях несложные гигиенические правила, моральные требования или ограничения в диете возводятся в жизненно важный принцип.

В пубертатном периоде могут формироваться сверхценные идеи, содержащие убеждение в физической неполноценности, уродстве или нарушении какой-либо функции организма — синдром Квазимодо, дисморфофобия, впервые описанная Е. Morselli (1886). Дисморфофобический синдром характеризуется тремя основными признаками (Коркина, 1977): опасениями или уверенностью в физическом недостатке (неправильном строении тела, недоразвитии или уродстве отдельных его частей, неприятном запахе, непроизвольном упускании мочи, кишечных газов и т. д.); сенситивными идеями отношения (пациенты считают, что окружающие замечают их пороки, обсуждают, не скрывая неодобрительного к ним отношения); подавленным настроением, психологически отчасти понятным, связанным с угнетающими представлениями о своем физическом «Я». Пациенты сосредоточены на себе, замкнуты, пытаются скрыть, замаскировать, устранить свои действительные, преувеличенные или мнимые недостатки. Часто разглядывают себя в зеркале — симптом зеркала Абели-Дельма (1927); отказываются фотографироваться, подолгу рассматривают свои фотографии, доказывая по ним свое уродство — симптом фотографии Коркиной; злоупотребляют косметикой, придумывают особые фасоны одежды, модели причесок, пользуются дезодорантами, усиленно занимаются некоторыми видами спорта, обращаются к косметологам и врачам за помощью, прибегают к необычным диетам или отказываются есть.

Дисморфофобия разграничивается на невротическую (опасения физического недостатка, часто навязчивые), сверхценную (преувеличение действительного недостатка) и бредовую (физический недостаток является мнимым). Бредовый вариант синдрома называют дисморфоманией. Помимо упомянутых, встречается неболезненный вариант реакции на собственную внешность — дисморфореакции. В большинстве случаев это скоропреходящие и поверхностные реакции, не нарушающие семейной и школьной адаптации и не требующие лечения.

Явления дисморфофобии чаще наблюдается у девочек— они больше внимания уделяют своей внешности и чаще, чем мальчики, бывают ею недовольны. Дисморфофобический синдром является, вероятно, ранневозрастным вариантом ипохондрического синдрома. Существующие между ними внешние отличия объясняются

психологическими причинами — возрастной динамикой ценностных ориентации.

С дисморфофобией может быть связано развитие нервной анорексии. Нервная анорексия значительно чаще наблюдается у девочек, в последние десятилетия стала встречаться также у женщин. Отмечается тенденция к учащению нервной анорексии, чему в настоящее время нет убедительных объяснений.

Наблюдаются, кроме того (обычно у подростков), «односторонние, странные» интересы, целиком захватывающие личность увлечения (занятия философией, йогой, каким-либо видом физических упражнений, необычные виды коллекционирования, пристрастие к отдельным видам пищи, особым диетам, «запойное чтение»), изученные многочисленными авторами (Ziehen, 1924; Сухарева, 1959; Наджаров, 1964; Вроно, 1971) и относящиеся к сверхценным образованиям (Ковалев, 1979). По мнению А. В. Снежневского (1970), наиболее часто встречаются сверхценные идеи при депрессивных состояниях, когда какой-либо незначительный проступок, совершенный в прошлом, вырастает в сознании больного до размеров тягчайшего преступления.

Сверхценные идеи наблюдаются у психопатических личностей (при патологическом их развитии) и при психопатоподобных состояниях в рамках различных, в том числе эндогенных заболеваний.

**Патологические варианты паралогического мышления.** Сюда включены различные расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство с особенностями первобытного мышления: суеверия, ложные узнавания, символическое мышление, ритуалы, анимистические представления.

Суеверия — явление, весьма широко распространенное как у здоровых людей, так и среди душевнобольных. Имеются в виду вера в приметы, ворожбу, сновидения, прорицания, ясновидение, в силу приемов магии, обширный список которых можно найти у Ф. Рабле и к которым наше время добавило немало новых. Суеверия здоровых лиц является одним из наиболее ярких приемов живучести архаических традиций, чем-то вроде реликта первобытного мышления, духовной окаменелости, включенной в процессы дисциплинарного мышления. Мистические верования распространяются путем психического заражения. Они могут быть также проявлением психического заболевания. В последнем случае вера в существование оккультных явлений возникает у лиц, нередко высокообразованных, ранее свободных от мистики, внезапно, аутохтонно, обычно на фоне общего психического сдвига, характеризующегося тревожно-депрессивным аффектом, неясными и тягостными предчувствиями, беспокойством, другими нарушениями, входящими в структуру бредового настроения. Многообразие форм возникающих при этом поверий безгранично — любое случайное событие может расцениваться как признак надвигающейся катастрофы или ее причина. Как правило, больные располагают

собственным реквизитом примет и поверий, хотя могут их заимствовать и у окружающих. По выходе из болезненного состояния склонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, появляется критическое отношение к заболеванию.

В основе возникновения суеверий лежит способ рассуждений по принципу: после этого, значит, вследствие этого. Иными словами, причинно-следственные отношения между явлениями подменяются отношениями синкретизма или смежности: какое-либо событие ставится в зависимость от другого лишь на том основании, что оно имело место после него. Приведем несколько выдержек из историй болезни. В поисках причины плохих отношений с мужем больная обратила внимание на то, что перед ссорами в семье она несколько раз встречалась со свекровью. Значит, решила она, именно эти встречи являются причиной конфликтов, и виновата в них свекровь. За несколько дней до поступления больной в стационар ее дочь принесла с улицы голубя. Вечером того же дня больная почувствовала себя необычно плохо. Как сообщила она впоследствии врачу, причиной внезапного ухудшения самочувствия явился этот голубь. Следовательно, сделала она вывод, он был наделен силой порчи. В другом наблюдении больной утверждал, что вечерами у него непременно случаются неприятности на работе или в семье, если утром или днем он рассмеется или вообще бывает в хорошем настроении. Чтобы избежать неприятностей, когда стала ясной эта их причина, он старается не улыбаться, с утра избегает контактов с людьми, которые могут его рассмешить, не откликается на шутки, заставляет себя думать только о плохом и бывает доволен, если в это время случаются неудачи. Как рассказала больная, недавно она прекратила всякие отношения с давней подругой, так как после визита к ней почувствовала недомогание. Это единственное совпадение привело ее к убеждению, что именно эта встреча явилась причиной ухудшения самочувствия. Она постоянно ожидает смерти кого-либо из близких, так как обвалилась крыша ее дома. Незадолго до смерти матери, уверяет она, случилось то же самое. Больная считает, что меж. — ду указанными явлениями существуют причинные отношения, правда, ей непонятные. Склонность больных устанавливать причинные связи между случайными, но эмоционально значимыми явлениями становится той исходной позицией, с которой они начинают искать сверхъестественные причины происходящего.

Нарушения идентификации, впервые описанные Capgras et Reboul-Lachaux в 1923 г., проявляются в том, что тождественными считаются объекты, лишь отчасти сходные между собой и, напротив, один и тот же объект воспринимается всякий раз как другой в зависимости от того, какой из его внешних признаков оказывается в данный момент в поле зрения. Ложные узнавания, по К. Conrad (1979), возникают вследствие психопатоподобных состояний в рамках различных, в том числе эндогенных заболеваний.

**Патологические варианты паралогического мышления.** Сюда включены различные расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство с особенностями первобытного мышления: суеверия, ложные узнавания, символическое мышление, ритуалы, анимистические представления.

Суеверия — явление, весьма широко распространенное как у здоровых людей, так и среди душевнобольных. Имеются в виду вера в приметы, ворожбу, сновидения, прорицания, ясновидение, в силу приемов магии, обширный список которых можно найти у Ф. Рабле и к которым наше время добавило немало новых. Суеверия здоровых лиц является одним из наиболее ярких приемов живучести архаических традиций, чем-то вроде реликта первобытного мышления, духовной окаменелости, включенной в процессы дисциплинарного мышления. Мистические верования распространяются путем психического заражения. Они могут быть также проявлением психического заболевания. В последнем случае вера в существование оккультных явлений возникает у лиц, нередко высокообразованных, ранее свободных от мистики, внезапно, аутохтонно, обычно на фоне общего психического сдвига, характеризующегося тревожно-депрессивным аффектом, неясными и тягостными предчувствиями, беспокойством, другими нарушениями, входящими в структуру бредового настроения. Многообразие форм возникающих при этом поверий безгранично — любое случайное событие может расцениваться как признак надвигающейся катастрофы или ее причина. Как правило, больные располагают собственным реквизитом примет и поверий, хотя могут их заимствовать и у окружающих. По выходе из болезненного состояния склонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, появляется критическое отношение к заболеванию.

В основе возникновения суеверий лежит способ рассуждений по принципу: после этого, значит, вследствие этого. Иными словами, причинно-следственные отношения между явлениями подменяются отношениями синкретизма или смежности: какое-либо событие ставится в зависимость от другого лишь на том основании, что оно имело место после него. Приведем несколько выдержек из историй болезни. В поисках причины плохих отношений с мужем больная обратила внимание на то, что перед ссорами в семье она несколько раз встречалась со свекровью. Значит, решила она, именно эти встречи являются причиной конфликтов, и виновата в них свекровь. За несколько дней до поступления больной в стационар ее дочь принесла с улицы голубя. Вечером того же дня больная почувствовала себя необычно плохо. Как сообщила она впоследствии врачу, причиной внезапного ухудшения самочувствия явился этот голубь. Следовательно, сделала она вывод, он был наделен силой порчи. В другом наблюдении больной утверждал, что вечерами у него непременно случаются неприятности на работе или в семье, если утром или днем он рассмеется или вообще бывает в хорошем настроении. Чтобы избежать неприятностей, когда стала ясной эта их причина, он старается не улыбаться, с утра избегает контактов с

людьми, которые могут его рассмешить, не откликается на шутки, заставляет себя думать только о плохом и бывает доволен, если в это время случаются неудачи. Как рассказала больная, недавно она прекратила всякие отношения с давней подругой, так как после визита к ней почувствовала недомогание. Это единственное совпадение привело ее к убеждению, что именно эта встреча явилась причиной ухудшения самочувствия. Она постоянно ожидает смерти кого-либо из близких, так как обвалилась крыша ее дома. Незадолго до смерти матери, уверяет она, случилось то же самое. Больная считает, что между указанными явлениями существуют причинные отношения, правда, ей непонятные. Склонность больных устанавливать причинные связи между случайными, но эмоционально значимыми явлениями становится той исходной позицией, с которой они начинают искать сверхъестественные причины происходящего.

Нарушения идентификации, впервые описанные Capgras et Reboul-Lachaux в 1923 г., проявляются в том, что тождественными считаются объекты, лишь отчасти сходные между собой и, напротив, один и тот же объект воспринимается всякий раз как другой в зависимости от того, какой из его внешних признаков оказывается в данный момент в поле зрения. Ложные узнавания, по К. Conrad (1979), возникают вследствие того, что малозначительные детали и побочные обстоятельства становятся решающими в сознании. По этой причине происходит как отождествление лишь похожих лиц, так и отрицание идентичности одних и тех же. Объектом ложной идентификации может быть сам больной — он отождествляет себя с кем-либо, или других с собой. В других случаях неправильные узнавания касаются окружающих или предметов обстановки.

Иллюстрацией к нарушению идентификации собственной личности могут служить следующие клинические примеры. Больной шизофренией сообщает, что окончил военно-воздушную академию, служит военным летчиком, является участником недавней войны, был тяжело ранен, умер, потом «воскрес». В это же время работал в колхозе трактористом. Учился в медицинском институте, работал хирургом. Имеет много правительственных наград. В действительности все было иначе: в двадцать лет он заболел и столько же находился в психиатрической больнице. Об этом также помнит и может рассказать, если в беседе строго придерживаться линии фактов. Ложные сведения почерпнуты им из прочитанных книг, телевизионных передач, кинофильмов, где его «изображали под видом других людей». Об этом он узнавал «по совпадениям»: упоминалось его имя, отдельные биографические подробности, употреблялись выражения, привычные ему или в которых окружающие отзывались о нем. О нем часто говорили, например, что он «не от мира сего». То же сказали о герое одного из фильмов. Этого было достаточно, так как он сразу понял, что в кинофильме изобразили его, больного. Несколько дней назад его показывали по телевизору, как космонавта. Об этом догадался, увидев звезду героя, — у него тоже есть такая награда, о чем он знает из кинофильма. Больной отождествлял себя и с людьми, с которыми непосредственно

сталкивался в жизни. На вопрос, под какой фамилией он был хирургом, назвал человека, который действительно работает хирургом и ранее оперировал больного. В ответ на разубеждение, что тот молод, годится ему в сыновья, заметил, что это ничего не значит, — можно жить и в облике сына, так как люди «перевоплощаются». На вопрос, почему бы ему не считать себя американским президентом, сказал, что такого быть не может: «У президента глаза голубые, а у меня — зеленые».

Идентификация может проводиться в отношении ряда лиц, как реальных, так и мнимых одновременно. Так, больной утверждает, что является в одно и то же время богом, Тарзаном, Ричардом из Японии и Юрием Бушковым (фамилия больного). В некоторых случаях ложное отождествление теряет персонифицированный характер. Больная считает, что она — мать всего живущего на Земле, так как ее имя в переводе на русский язык означает «Мать — Родина».

Наблюдаются также ложные узнавания окружающих людей. Врач принимается за соседа по квартире, так как носит такие же очки, или за другого знакомого, у которого есть похожие усы. В одно и то же время он, по мнению больного, является умершим соседом, Штирлицем, санитаром и бандитом с финкой. Больной утверждает, что его бабушка и дочь — одно и то же лицо. Бабушка, по его мнению, перевоплотилась в девочку, так как у них одно и то же имя.

Наблюдения за больными показывают, что существует возможность ложной идентификации какого-либо объекта с его изображением или мысленным отражением. Так, больная уничтожила фотографии свекрови, считая, что от них, как и от свекрови, исходят колдовские чары. В одном из наблюдений больной съел фотографию сына и думал, что тем самым убил его. Другой пациент сжег свои фотографии, опасаясь, что колдовство над ними повредит ему самому. На приеме в стационар больной шизофренией заявил, что ему исполнилось 1039 лет. Его объяснения таковы. По теории относительности, скорость течения времени определяется скоростью перемещения материальной системы в пространстве. Это влияет и на возраст человека. Однако возраст зависит еще и от того, как человек понимает упомянутую теорию. Ему, больному, она предельно ясна, и это эквивалентно скорости движения света. Следовательно, его возраст должен быть увеличен на тысячу лет. В приведенных соображениях, как это можно видеть, происходит отождествление объективного явления с его идеальным образом, мысленной копией, что является примером умозаключения, основанного на одном из законов пралогического мышления — законе подобия.

Нарушения идентификации в клиническом плане чаще всего рассматривают в плане бредовых расстройств.

В частности, это относится к бреду положительного и отрицательного двойника, а также к феномену Фреголи (подробнее об этом см. в главе о бреде). Н. Г. Шуйский (1979) объединяет

различные нарушения идентификации в синдроме Капгра и разграничивает четыре его варианта: иллюзорную форму ложного узнавания, иллюзорно-бредовую форму, бредовую форму (бред двойников и феномен Фреголи), а также ложные узнавания с бредом и сенсорными расстройствами.

Символическое мышление. Символ — это образ, предмет или условный знак, служащий приметой, представителем какого-то явления, понятия или идеи. Существует множество общепонятных символов разного типа — слова, графические знаки, цвета, жесты, образы. Так, изображение женщины с повязкой на глазах и весами в руках символизирует понятие о справедливости. В данном случае символом понятия является образ. Цифры представляют собой графические символы понятия о количестве. Символ является условным знаком, чаще не имеющим значения самостоятельного объекта, обычно он служит лишь указанием на то или иное явление.

При психических заболеваниях наблюдается иное отношение к символам. Встречается, например, стремление придумывать новые, понятные лишь больному обозначения. Общепринятые символы могут использоваться для обозначения известных только больному явлений или фактов его жизни в совершенно не свойственном им значении. Нередко нарушается само понимание природы символа — он воспринимается не в качестве знака, а как самостоятельное явление, заслоняющее реальное содержание объекта. Так, отдельный, расцениваемый как символ признак предмета, может придавать этому предмету совсем иной смысл. Символ выступает как бы носителем конкретного содержания, способного изменить само понимание природы явления.

Существуют различные виды патологической символики. Это могут быть новые слова, графические знаки, особые движения и действия, цвета, фигуры и т. п. И. С. Сумбаев (1948) различает два основных вида символики — горизонтальный и вертикальный. В первом из них содержание символа и обозначаемого им явления находятся на равном уровне абстрагирования. Например, рука обозначается как крыло или лапа. Во втором виде символики абстрактное понятие замещается наглядно-конкретным представлением. Например, понятие об учебном процессе передается с помощью образа топящейся печи. С другой стороны, конкретный образ может быть обозначен абстрактным понятием.

Завилянский с соавт. (1989) также различают два типа символики. Конкретно-наглядная символика характеризует наглядный уровень мышления, что сближает символическое мышление с паралогическим. Абстрактная (псевдоабстрактная) символика отличается крайним схематизмом суждений и чрезвычайной оторванностью их от реальности.

Одним из частых видов патологической символики является особый характер использования количественных знаков — цифр. Приведем несколько клинических примеров. Больная шизофренией

категорически отказалась сдать на хранение паспорт, так как не хотела, чтобы узнали её номер — «1322119829». Выяснилось следующее. Цифра 13 в этом номере указывает на то, что 13 августа она впервые оказалась в психиатрической больнице, о чем на приеме она умолчала. Цифра 22 говорит о событиях, прошедших 22 ноября. В этот день окружающие издевались над ней, намекали, что она «снова поехала в психиатричку». Двойка напоминает также, что к больнице можно проехать автобусом № 2. Цифра 11 сообщает о случае в автобусе, следующем по одиннадцатому маршруту. Пассажиры говорили, что им известно, чем она болеет. Цифра 98 является пророческой: 9 числа любого месяца в 8 часов вечера произойдет нечто очень важное с нею, а быть может и в мире: «Произойдет что-то гениальное, из-за этого меня могут убрать». Наконец, цифра 29 указывает на ее действительный возраст, хотя в паспорте значится другой.

В другом наблюдении «магической» для больного была цифра 9. Она означала для него «все самое лучшее» и указывала, что его надежды на будущее обязательно сбудутся. Эта цифра стала критерием достоверности его выводов и мерилom важности происходящего. Так, он считал себя сыном одной знаменитости, посетившей однажды Иркутскую область. Гость побывал при этом в тех же городах, куда перед этим ездил больной — «значит, он искал меня, ехал по моим следам». В газете упоминалось, что возраст гостя составляет 72 года. — «Так как в сумме семь и два будет девять,

это доказывает, что он был моим отцом». Больной был уверен, что 9 мая в 6 часов вечера состоится его встреча с «отцом» и с нетерпением ждал его. Именно в 6 часов потому, что «шестерка — это перевернутая девятка». О столь большом значении цифры 9 он узнал по целому ряду совпадений: она значилась в номере его квартиры, домой он добирался автобусом девятого маршрута, год его рождения содержит две девятки и, кроме того, именно 9 мая отмечается День Победы. Волнуясь за исход беседы с врачом, больной тотчас успокоился, когда в разговоре прозвучало слово «девять» — «я сразу понял, что все будет нормально». Здесь трудно удержаться от аналогии с ветхозаветной магией чисел. Сакральные числа 7, 3 и 5, созвучные идеям древней числовой эстетики, выражали в те времена идею совершенства, законосообразности и гармонической стабильности. Если человека всюду окружали такие числа, значит, его дела шли «правильно, по порядку и по чину» (Библия, книга Иова). Идея самодовлеющих чисел, как известно, была центральной в воззрениях пифагорейцев. Числа рассматривались, как имеющие основание в самих себе, как причина вещественных явлений.

Можно проследить психологический механизм образования такого рода патологических символов: отдельный признак, свойственный явлению (или ряду явлений) приобретает в сознании больного самодовлеющее значение и в свою очередь определяет смысл и значение других объектов, имеющих этот признак. Патологическая символика данного типа обнаруживает очевидное сходство с



мыслительной деятельностью, базирующейся на пралогическом законе подобия: внешнее сходство предметов принимается за их идентичность; случайный признак, отдельное свойство или часть явления рассматриваются как тождественное целому, обладающему таким же признаком или свойством. Указанный вид символики отличается индивидуальным характером и не совпадает с описанным Е. Блейлером типом аутистической символизации.

Нередко патологическим символом является цвет предмета. Так, больной выразил в беседе недоумение, почему никто из присутствующих не обратил внимания на цвет его одежды. При расспросе выяснилось, что он «специально носит белые носки (он «белый человек»), куртку темного цвета (это указывает на то, что он не гнушается самой черной работы), красный халат (красный потому, что кровь у меня красная и потому, что я — хан Солнца; едва я приехал в Иркутск, здесь сразу стало тепло)». Другой больной носил одежду, включая трусы и майку, только красного цвета. Этим он показывал врагам, что будет бороться с ними до конца. Кроме того, он утверждал, что в разное время дня нужно пить таблетки различного цвета: утром — красного, днем розового, на ночь — белого — «Восток на рассвете алый, значит и таблетки должны быть красные. Ночью находишься в постели: простыни, подушки белые, и таблетки тоже надо белые».

Символический характер могут приобретать и действия больных. Пациентка показывает кисть — «пять пальцев символизируют счастье». В руководстве по психиатрии В. А. Гиляровского (1954) приводится следующее наблюдение. Больной разделся донага и на вопрос, почему он это сделал, ответил: «Нагота — это освобождение от глупых мыслей запутавшегося псевдочеловека». Вот другой пример. Больной постоянно тушит горящие папиросы на правой руке, но редко и неполностью делает это на левой. Как он объяснил, правая рука означает «наших — наше дело правое», а левая рука — «наших врагов». Своими действиями он показывает, что «у нас» хватит терпения и силы справиться с врагами, которые явно слабее нас.

Объектом патологической символики могут быть и общепринятые символы. Так, отдельные слова воспринимаются как указания на целое слово, из которых составляются фразы. Например, больной «расшифровал» термин «шизофрения» так: «Шибко зараза Фереферов ревет начальник и я». Фереферов — фамилия больного.

Иногда изобретаются новые звуки, служащие больным в качестве только им понятных символов. Придумываются новые слова — неологизмы, собственный язык — криптолalia, особые шифры — криптография, в рисунках создаются причудливые образы — неоморфизмы. Наблюдаются и другие виды патологической символики: замена одних слов другими, использование сокращений, геометрических образов, особых жестов. Символическое мышление является характерным для шизофрении.

Ритуалы — форма сложного символического поведения, упорядоченная система магических действий (во всяком случае, по своему происхождению в историческом прошлом). Существуют различные виды ритуалов. Религиозные ритуалы, например, являются одним из главных выражений культовых отношений. Гражданская обрядность, этикет относятся к ритуалам из области церемониальных форм официального поведения и бытовых отношений.

Ритуалы, как патологическое явление, представляют собой особую систему действий (в том числе речевых), выполняемых с целью защиты от мнимой опасности, часто неопределенной, плохо дифференцированной, или с намерением причинить вред предполагаемым недоброжелателям. Возникают в связи с другими расстройствами психики, в частности, тревожно-депрессивным настроением, аффективной напряженностью, страхами. Отличаются от традиционных мистических и религиозных обрядов еще и тем, что имеют сугубо индивидуальный характер, не преследуют культовых целей и связаны с нарушениями мышления и мотивации. Ритуалами могут быть не только определенные действия, но и отказ от выполнения некоторых из них. Ритуальные действия бывают эпизодическими, могут постоянно видоизменяться, быть стереотипными, повторяясь иногда много раз подряд.

В качестве иллюстрации приведем следующие наблюдения. Во время чтения больной называет знаки препинания вслух, слово «точка» громко произносит подряд три раза. Вслух произносятся слова «бог», «аллах». При этом больной встает, многократно кланяется, несколько раз шумно вздыхает и подолгу щелкает пальцами. Иногда бьет кулаком в грудь, по голове, сильно, до боли стучит в стену. Дотрагивается до всех предметов, встречающихся по пути. Указанные действия совершаются в связи с неясным ощущением надвигающейся опасности; вначале произвольные, они становятся затем насильственными, непреодолимыми. Отказ от выполнения некоторых действий может проявляться, например, в том, что при чтении опускаются строки, порядковый номер которых соответствует магическим цифрам, не произносятся вслух некоторые слова. Дверь открывается только правой рукой, при ходьбе по улице больные избегают ступать в ямки, передвигаются только по четной стороне улицы, пропускают автобусы с определенными номерами.

Ритуалы могут быть разграничены также в зависимости от того, какой тип умозаключений лежит в их основе. С указанных позиций можно выделить два основных их вида. Первый вид ритуалов обнаруживает сходство с так называемой контактной магией, основанной на законе сопричастия или контактности. Например, больная шизофренией принесла с иностранной выставки несколько проспектов, положила их в грязное ведро, забросала хламом и поставила ведро на кучу мусора. Этими действиями она «наказала империалистов» — «им место на помойке истории». Подобные сложные символические действия пациентка выполняла и в других ситуациях. Жесткой конструкции ритуалов у нее не наблюдалось. В

другом наблюдении больной, оказавшись в остром психотическом состоянии, сорвал со стен комнаты обои, отбил штукатурку, выбросил и сжег ряд вещей, зарыл в землю деньги. Перед тем, как это делать, прикладывал предметы к груди, чтобы узнать, что именно нужно выбросить или уничтожить. Он считал, что некоторые вещи «пропитаны биополем», нарушающим работу его сердца. «Биополе» перешло на них от тестя, который ранее был в этой комнате. Он считал также, что «биополе перешло» на него самого, так что теперь и он может распространить его влияние на окружающих. Действия, подобные упомянутым, он производил несколько раз и позже.

Другая разновидность ритуалов имеет черты сходства с поведением, базирующимся на использовании закона подобия — имитативной или гомеопатической магией. Например, у больного наблюдались длившиеся по несколько часов состояния речевого и двигательного возбуждения, во время которых он выкрикивал слова следующего содержания: «Черт, черен, чернота, грязь, гниль, мусор, помойка, вонь...». При этом он от чего-то отстранялся, отмахивался, что-то отгонял, отбрасывал, провожал взором. Поведение и его мотивы скрывались от близких. Так как это не всегда удавалось, он намеревался изучить иностранные слова, обозначающие все самое дурное с тем, чтобы близким было непонятно, о чем он говорит. Как он объяснил, ему «необходимо» было выполнять указанные действия и произносить заклинания, чтобы обезопасить себя и отвести грозящие неприятности. Приведем еще один пример. В ответ на просьбу сообщить значение пословицы «не плюй в колодец...», прозвучал ответ, идентичный формуле магического заклинания: «Если колодец высох, надо плюнуть в него и сказать: вода, вода, приди, приди, приди. И тогда в колодце появится вода...».

Ритуальные действия, как это показано в приведенных наблюдениях, могут носить навязчивый, насильственный характер или быть связаны с бредовыми убеждениями.

Анимистические представления — тенденция к одушевлению различных предметов. Как известно, способность разграничивать живые объекты от неодушевленных появляется у детей в возрасте двух, трех лет. При умственной отсталости и синдромах раннего детского аутизма она формируется иногда позже. В ходе регрессии, обусловленной психическим расстройством, эта способность может утрачиваться. Так, больной отказывается спать на матрасе и спит на полу или кровати сетке. «Матрасу больно, как и мне». На просьбу объяснить значение пословицы «тише едешь...» отвечает: «Правильно, меньше боли для машины. Трения меньше, колеса ведь живые. Ладони потри, им тоже больно». На возражение, не может же в самом деле стол быть живым, от сказал: «Стол живой. У него есть душа. Он тоже хочет есть». Некоторые люди, по-видимому здоровые в психическом отношении, но очень внушаемые, при определенных обстоятельствах готовы поверить в воскресение после смерти. Они считают, что смерть—это отделение души от тела. Чтобы оживить человека, нужно душу вернуть обратно. В наши дни появились

специалисты, которые берутся это делать за весьма умеренную плату.

Наблюдаются нарушения психики, при которых происходящее в данный момент воспринимается как отзвук собственных мыслей, намерений, как непосредственное воплощение в реальности субъективных переживаний. Больная сообщает, что все происходит именно так, как перед этим думает она. Едва она подумает об обходе врача, как тот появляется в палате. Стоит вспомнить о плохой погоде, как она немедленно портится. Достаточно представить какое-либо явление, и оно здесь же на глазах совершается. Точно также могут расцениваться причины различных событий прошлого.

Данное нарушение может быть обозначено термином феномен воплощения. Субъективные представления проецируются на реальность так, что она воспринимается как эхо внутренней активности. На этом больные основывают убеждение в обладании сверхъестественными возможностями, отсюда вырастают идеи вдохновения, одержимости, могущества, величия.

Нарушения мыслительной деятельности, напоминающие проявления архаического мышления, могут быть обнаружены в структуре различных психопатологических феноменов: навязчивостей, психических автоматизмов, разнообразных бредовых идей (архаические формы бреда, бред особого значения, могущества, воздействия).

В клинической практике встречаются также состояния с религиозной структурой болезненных переживаний. В экстатических эпизодах, галлюцинаторных переживаниях у ряда больных религиозная тематика приобретает отчетливое звучание или даже доминирует. Хорошо известна набожность больных эпилепсией. Экстаз ужаса, припадки падучей болезни, разговоры во сне считались у скандинавов признаками способности человека стать шаманом (Фасмер, 1986). Встречаются случаи внезапного «обращения» в веру, несомненно связанные с психическим заболеванием. Приведем соответствующее наблюдение. Больной шизофренией сообщил, что уже несколько лет пребывает в подавленном настроении. Имела место суицидальная попытка. Что было дальше, он рассказал так: «Я уже задыхался, как вдруг загрохотало, замелькало, — началась гроза. Внезапно что-то остановило меня... Я почувствовал, что это было указание свыше о том, что я не имею права лишать себя жизни. В последний момент удалось снять петлю и я побежал... Так я стал верующим. Я постоянно чувствую, что бог есть, ощущаю свою открытость перед ним. Обо мне ему все известно, что я делаю или думаю. Все воспринимаю теперь как должное, судьбу; и уже нет мучавших меня прежде сомнений, ощущения одиночества и незащитности...». По выздоровлении к религиозным переживаниям, связанным с болезненным состоянием, появляется критическое отношение. Эти переживания у части больных иногда сохраняются в качестве резидуальных расстройств либо развиваются далее. Но и в этом

случае вера больных отличается от общепринятых канонических ее форм. Известно, что психопатологические явления у верующих также имеют особую окраску. Так, бредовые идеи самообвинения и виновности выглядят как идеи греховности. Объектом контрастных навязчивостей нередко становятся символы веры. С другой стороны, психическое заболевание может вести к утрате имевшегося ранее чувства веры. Отмечается, в частности, что при депрессии религиозные чувства исчезают (Hole, 1976). Некоторыми авторами указанный феномен рассматривается как центральное проявление депрессии.

### **Патологический вариант аутистического мышления.**

Аутистическим, в широком понимании, является мышление, отклоняющееся от реалистического в любом отношении и в разной степени. В этом смысле всякое искажение мыслительной деятельности, связанное с влиянием эмоций, установок, обусловленное недостатком опыта или склонностью к фантазированию, может расцениваться как проявление аутистического мышления. Обеспокоенный необоснованно широким употреблением этого термина, Е. Блейлер предложил вместо него другой — «dereistic thinking» (дереистическое мышление), который не получил, однако, распространения.

Как клинический феномен, аутистическое мышление в основных чертах является антиподом реалистического мышления, поскольку роль субъективного доведена в первом из них до крайних пределов. Это мышление без логики; не нарушение в том или ином отношении, а отсутствие всякой логики составляет одну из важнейших его особенностей. Больные считают, что можно жить в XX и XXII вв. одновременно, быть в одно и то же время ничем не примечательным человеком и повелителем планет, находиться в психиатрической больнице и выполнять ответственные государственные задания, быть живым и умершим, ребенком и глубоким стариком, миллионером и получать пенсию по инвалидности, нисколько не смущаясь столь грубыми противоречиями. Содержание аутистических переживаний характеризуется неправдоподобием, фантастичностью, нередко напоминает сюжеты сказок, мифов, легенд, сновидений и вместе с тем отличается однообразием, повторяемостью у разных больных. Для больных не существует ничего невозможного, недостижимого, нереального. Можно неоднократно умирать и воскресать в облике различных людей и животных, помолодеть, стать бессмертным, невидимым, иметь сотни и тысячи детей, рожать детей десятками и сотнями, совершить путешествие по Вселенной и т. п. Существенной особенностью аутизма является то, что больным, по их мнению, для этого ничего не надо делать: содержание любой мысли непосредственно принимается за уже свершившийся факт. Окружающее и действительное положение их дел оставляет больных совершенно равнодушными. Факты реальности во внимание обычно не принимаются, пациенты ориентированы на внутренние события и за пределы своих грез, во внешний мир обычно не выходят. Больные не пытаются проверить правильность своих утверждений и вообще не нуждаются в доказательствах своей правоты, не понимая вопиющего

неправдоподобия того, что представляется им очевидным. Внешняя активность некоторых пациентов резко снижена, касается ли это реальных потребностей или связанных с аутистическим и идеями. Аутистические тенденции вообще редко прорываются наружу в виде каких-то действий, поступков. Многие из больных почти ничего не сообщают о своих переживаниях либо упоминают о них вскользь, изредка, после просьб, не настаивая при этом на своем и не стараясь никого убедить («бедный» аутизм, по Б. Минковски). Другие, напротив, бывают излишне многоречивыми. Их сообщения о невероятных событиях прошлого или относящихся к настоящему времени очень живые, образные и постоянно меняющиеся, по существу, идентичны имажитивно-конфабуляторным бредовым идеям (бреду воображения и конфабуляторному бреду), типичным для синдрома экспансивного конфабулеза («богатый аутизм»).

Наряду с аутистическим описывают фабулирующее мышление (Завилянский и др., 1984). Главным признаком последнего авторы считают продуцирование вымыслов: заместительных и фантастических конфабуляций, истерических фантазмов, а у псевдологов — сознательной лжи. Исключая откровенную ложь, характеризующую скорее ценностные ориентации личности, нежели структуру мышления, следует заметить, что тенденция к вымыслам, вытесняющим реальность, является одной из наиболее примечательных сторон аутизма вообще.

### **Патологические варианты наглядно-действенного мышления.**

Сюда отнесены расстройства доречевого мышления, выражающиеся отдельными, разрозненными действиями, направлениями на различные внешние объекты, случайно оказавшиеся в поле зрения. Можно разграничить четыре вида таких действий: реактивные, нелепые, импульсивные и прозектические.

Реактивные действия — при виде предмета совершается действие, адекватное по отношению к нему, однако, в данный момент совершенно бесцельное и абсолютно ненужное. Увидев открытую дверь, больной закроет ее, распахнет закрытое окно, повернет торчащий из замочной скважины ключ, позвонит, увидев телефонный аппарат, сгребет рассыпанные на столе бумажки, начнет складывать в кучу разбросанные скрепки, кнопки, печатать на подвернувшейся случайно машинке, листать оставленную кем-то другим книгу, щелкать выключателем, крутить водопроводный кран. Съедается попавшая на глаза пища, надевается забытая другими одежда; при виде стула больной на него сядет, заметив кровать, — ляжет в нее, а обнаружив чью-то расческу, начнет причесываться, даже если на голове нет волос. Поправляется косо висящая таблица, оттирается пятно на стене, сдуваются пылинки и т. д.

Реактивные действия могут быть относительно простыми, элементарными, но бывают и более сложными: больной садится, например, в автобус, расплачивается, выходит на одной из остановок, пересаживается в другой вид транспорта, часами блуждает без всякой цели по городу. Совокупность последовательно совершаемых

реактивных действий напоминает порой поведение больных эпилепсией в состоянии амбулаторного автоматизма.

Иногда указанные действия приобретают характер психических автоматизмов. Выходя на работу, больная систематически опаздывала, иногда добиралась туда лишь к концу рабочего дня. По дороге она останавливалась, читая вывески, заходила в магазины, столовые, различные учреждения, переходила улицы, если встречались обозначенные переходы, уезжала на встречном транспорте в другой конец города. В клинике открывала и закрывала форточки, окна, двери, собирала с полу соринки, застилала кровати, заглядывала во все кабинеты. По ее словам, она была вынуждена это делать, так как находилась «под гипнозом».

Нелепые действия — искажения предметных действий.

Манипуляции, адекватные по отношению к определенным объектам, как бы переносятся на другие,, случайно попавшие в поле зрения. Действия бесцельны, совершаются бездумно, машинально, отчета об их мотивах получить не удастся. Пациент как бы дурачится, играет роль шута. Например, при курении пепел стряхивается в рот, съедаются окурки, на тело наклеиваются марки, в чай насыпается соль, кисель выливается на голову, суп больной пытается есть вилкой, рисует на постельном белье, глотает несъедобные предметы, выщипывает брови и ресницы. Все это очень напоминает бред, существующий на уровне наглядно-действенного мышления.

Импульсивные действия — элементарные и бессмысленные действия разрушительного или агрессивного характера, выполняемые совершенно неожиданно, внезапно, под влиянием непосредственных побуждений. Мотивация таких действий обычно отсутствует. Больные срываются вдруг с места и начинают бить стекла, посуду, ломать мебель, рвать одежду, набрасываются на окружающих, пытаются ударить их, укусить. Агрессия может быть направлена на себя. Таковы, например, импульсивные суицидальные попытки или самоповреждения. При виде ножа больной наносит им удар себе в грудь; увидев таблетки, пьет их. Объяснений таким действиям обычно не дается — больные сообщают, что не имели никаких намерений, вообще ни о чем не думали, делали все механически.

Возникающие импульсы к агрессии и разрушению могут отображаться в сознании как неудержимые «желания» сделать что-либо противоестественное, противоречащее обычным побуждениям. Больная сообщает, что временами испытывает приступы, во время которых ей «страшно хочется сойти с ума и сделать что-нибудь ужасное: вырвать отцу глаз, разбить о его голову бутылку, а затем ее осколками выколоть ему глаза, задушить случайно встреченную женщину, громко выкрикнуть циничное ругательство...». Ощущает «огромное внутреннее напряжение» и, чтобы «разрядиться» и не сделать это, громко и дико кричит, рвет книги, бьет посуду, ломает зеркала,, рубит мебель.

Импульсивные действия могут расцениваться больными как насильственно вызванные, как результат овладения внешними, чуждыми силами.

Прозектические действия — совершаемые без всякого намерения и ясной цели дотрагивания до окружающих объектов, ощупывания, поглаживания, похлопывания. Иногда пациенты хватают увиденные предметы, вырывают их из рук окружающих, тянут к себе, бывает, что и в рот.

Реактивные, нелепые, импульсивные и прозектические действия наблюдаются при кататонических и кататоноподобных состояниях при шизофрении, опухолях головного мозга, атрофических процессах.

Бредовые идеи. Это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким-либо способом (Гиляровский, 1954). Совокупность бредовых идей называется бредом (Снежневский, 1983). Автор определяет бред как некорригируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных на то оснований. По мнению И. Я. Завилянского, В. М. Блейхера, И. В. Крук, Л.П. Завилянской (1989), бредовые идеи — это болезненные, неправильные суждения и выводы, овладевающие сознанием больных и искаженно отражающие действительность; они отличаются постоянством и непоколебимостью, совершенно не поддаются коррекции. Согласно дефиниции G. Huber, G. Gross (1977) бредом являются «неверные по своему содержанию убеждения, не выводимые из других переживаний (психических актов) и возникающие с характером непосредственной очевидности, которых больные придерживаются постоянно или в течение длительного времени, несмотря на сохранность интеллекта и на несовместимость этих убеждений с прежним опытом и с действительностью, и в отношении которых больные остаются недоступными для переубеждения».

В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

Ложность содержания бредовой идеи, несоответствие с реальностью отличает ее от сверхценной идеи. Отклонение от действительности может быть очевидным, если утверждения больных абсурдны, находятся в грубом противоречии с фактами. Последнее свидетельствует о глубоком поражении интеллектуальной деятельности, значительном снижении критики или связано с особой остротой и большой давностью заболевания либо с умственной отсталостью. В иных случаях наблюдаются более или менее правдоподобные бредовые идеи, примером чему является бред обыденных отношений.



Болезненность основы возникновения бреда характеризует его как аутохтонный, психологически невыводимый симптом психической патологии, «первичное» расстройство, непосредственно связанное с повреждением мозга. Где истинный бред, там прекращается психологическое понимание, основанное на особенностях характера; а в случаях, где возможно психологическое понимание, там нет бреда, указывает К. Шнейдер. Несмотря на то, что фабула бреда нередко включает те или иные реальные события, роль последних в его возникновении незначительна и сводится лишь к наполнению бредового убеждения конкретным социальным содержанием (Кербиков, 1949). Бред в этом смысле — это особый тип психологической структуры, проявляющейся искаженным пониманием реальных отношений и возникающей независимо от истинного характера последних. Внутреннее событие воспринимается бредовым пациентом за факт окружающей действительности. По мнению Г. В. Зеневича (1978), бред является выражением патологически измененного мышления, представляющего в свою очередь результат сложно трансформировавшихся нарушений познавательной деятельности. Поразительное сходство бредовых идей у больных разных времен и самых различных национальностей, отмеченное W. Griesinger в 1886 г., может указывать на закономерный характер нарушений познавательной деятельности, лежащих в основе бреда.

Уверенность больных в правильности бредовых утверждений, отличающая их от навязчивых идей, носит явно патологический характер. Не имея доказательств своей правоты и, отчасти понимая это, больные тем не менее не отказываются от своих убеждений, так как «интуитивно, нутром, по наитию» чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить не себя, — они в этом не нуждаются, — а окружающих, которые не разделяют их мнения. Существует в связи с этим точка зрения, согласно которой бред — это патологический вариант интуитивного мышления.

Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам. «Ошибаться свойственно человеку, а упорствовать в ошибках свойственно безумцу», — эта мысль Цицерона отражает статус бредового больного. Больные часто и не стремятся удостовериться в своей правоте, проверить соответствие бредовых идей с реальностью. Факты действительности, противоречащие бредовым воззрениям, как правило, не принимаются в расчет, либо толкуются односторонне, лишь в плане подтверждения бреда. Данное обстоятельство указывает на грубое нарушение интегративных психических функций, патологию самосознания, личности в целом, и как следствие этого, утрату критического отношения к заболеванию. Не следует поэтому проявлять настойчивость в переубеждении больных. Это ничего не дает, а иногда приводит к нежелательным последствиям, особенно если учесть склонность некоторых больных к бредом к диссимуляции. Постепенно они начинают понимать, что

следует говорить, чтобы выписаться, допустим, из больницы. Более того, врач может быть вплетен в бредовую систему взглядов и рассматриваться в качестве соучастника мнимого преследования, направленного против больного.

Бредовые идеи многообразны. Существуют различные подходы к их классификации. Один из них основан на учете содержания бредовых идей. Хотя систематика бреда по содержанию является малоинформативной (Berger, 1977), изучение фабулы бреда имеет определенное практическое значение. Это может облегчить, во-первых, его выявление. Дело в том, что не все больные и не всегда сообщают об имеющихся у них бредовых убеждениях. О последних врачу приходится нередко догадываться по отдельным замечаниям, намекам, излишне подробным описаниям некоторых ситуаций и особому значению, придаваемому малозначительным деталям, отрывочным записям или некоторым поступкам больных, что особенно часто бывает, когда они скрывают свои бредовые идеи. Во-вторых, анализ содержания бреда может иметь определенное диагностическое значение. Бредовые идеи ревности указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении. По данным G. Huber, G. Gross (1977), идеи преследования и отношения составляют 79,5 % шизофренического бреда, идеи отравления — 41,8 %; значительно реже наблюдаются бредовые идеи иного содержания. Простота и конкретность бредовых идей более свойственна алкогольным, реактивным и органическим психозам. При шизофрении бред нередко отличается оторванностью от реальности, особой сложностью, заумностью, вычурностью. Пышные, нелепые и генерализованные бредовые идеи наблюдаются при прогрессивном параличе. Изучение содержания бреда помогает, кроме того, раскрыть особенности нарушения мыслительной деятельности, определяющие некоторые клинические признаки бреда.

С учетом содержания<sup>1</sup> можно выделить три группы бредовых идей: персекуторные, экспансивные и депрессивные бредовые идеи.

Содержанием персекуторных бредовых идей является уверенность больных с исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. По наблюдениям Ю. Каннабиха, на первом этапе развития бреда больными владеет чувство угрозы их общественному положению. На втором преобладают бредовые переживания, связанные с чувством физического самосохранения. К персекуторным бредовым идеям относятся следующие.

Бред преследования — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей («мигрирующие преследуемые») — избегают

контактов, меняют место жительства, уезжают в глухие, отдаленные районы, поселяются в безлюдных местах, пытаются изменить внешность, документы. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов («преследуемые преследователи»). С этого момента они становятся опасными для окружающих.

Бред физического воздействия — убеждение в том, что преследователи, используя технические средства или другие способы воздействия, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма, вызывают разнообразные тягостные физические ощущения.

Бред психического воздействия — убеждение в том, что преследователи с помощью особой аппаратуры, гипноза, телепатии, биополей, посредством некоей ноосферы воздействуют на психику и поведение больных. В архаических бредовых идеях фигурирует воздействие посредством магии, колдовства, ворожбы, порчи и т. п.

Бред отравления — убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным либо гипотетическим ядом.

Бред ограбления — больные считают, что лица, преследующие их, завладели квартирой, материальными ценностями, оставили их без средств к существованию.

Бред ревности (бред супружеской неверности, синдром Отелло, синдром третьего лишнего) — убеждение в том, что жена (любовница) больного или муж (любовник) больной изменяли в прошлом или изменяют в настоящее время. Часто перерастает в бред преследования, отравления.

Бред обыденных отношений (бред малого размаха) — преобладают темы ущерба (чаще морального), притеснения в правах, мелкого преследования, отравления. Бредовые идеи, простые, обыденные и правдоподобные, направлены против конкретных лиц из непосредственного окружения больного (родных, соседей). Наиболее полно описан в трудах отечественных психиатров (Жислин, 1965; Шахматов, 1968; Иле-шова, 1970; Лебедев, 1963). Указанные особенности бреда рядом авторов рассматриваются как проявление возрастной динамики бредовых психозов вообще. В частности, они свойственны бреду, развивающемуся в рамках так называемой поздней шизофрении (Штернберг, Пятницкий и др., 1979).

Бред эротического презрения Керера — больные (женщины) считают, что окружающие принимают их за женщин легкого поведения. В чем-то перекликается с бредом эротического преследования Крафт-Эбинга, при котором больные убеждены, что их преследуют с эротическими, иногда, гомосексуальными намерениями.

Бред сутяжничества — больные убеждены, что окружающие нарушают их законные права, оскорбляют их лучшие чувства, несправедливы к ним, умышленно принижают их заслуги и достижения. Добиваясь восстановления мнимых прав, уважения, признания, больные пишут многочисленные жалобы в различные инстанции, печать, судятся, разоблачают своих недоброжелателей. Является частной формой бреда притязания (ревендикации), при котором больные явно преувеличивают свои права и различными способами стремятся осуществить чрезмерные требования к окружающим и обществу.

Содержанием экспансивных бредовых идей является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных. Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

Бред величия — убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную.

Бред могущества — убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограничены, беспредельны.

Бред бессмертия — больные утверждают, что жили или будут жить всегда. Бредовые идеи бессмертия наблюдаются также в состоянии депрессии — больные считают, что в будущем им предстоят нескончаемые страдания.

Бред богатства — больные мнят себя обладателями огромных богатств.

Бред изобретательства — больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных и многочисленных научных открытий.

Бред высокого происхождения — больными владеет уверенность в том, что их родители, — лица, занимающие высокое положение в обществе, однако, скрывающие родственные связи с ними.

Бред реформаторства проявляется широкомасштабными идеями социального и государственного переустройства или более конкретными, но столь же неприемлемыми предложениями по преобразованию структуры медицинской помощи, системы образования, воспитания детей. Не следует, однако, думать, что больные не способны иметь дельных соображений и вздорным является все, о чем бы они не говорили.

Мессианский бред — больные считают себя посланцами бога, пророками, мессиями, освободителями человечества от греха, призванными осуществить на Земле идеи любви, добра и справедливости.

Эротический (любовный) бред — синдром Клерамбо. Впервые описан Ж. Эскиролем в 1838 г. Наблюдается обычно у женщин. Его содержанием является уверенность в том, что некое лицо, как правило, незнакомое и вышестоящее в социальном отношении, любит больную, что вызывает с ее стороны ответное любовное чувство. Бред отличается возвышенным платоническим характером. Нередко сочетается с убеждением в обладании редкой красотой, необычайной привлекательности. Случается и так, что аутистическая мечтательность сменяется обнаженной прямолинейностью, упорной борьбой за обладание мнимым партнером. Он становится объектом неустанного эротического преследования, с ним упорно добиваются встреч, ему пишут бесчисленные письма, делаются настойчивые предложения вступить в брак. Оставляя своих близких, мужа, детей, больные с любовным бредом бесцеремонно вторгаются в чужие семьи, порой создавая в них весьма драматические ситуации.

Бред невинности и помилования Дельбрюка (1857)—больные (осужденные за совершенное правонарушение) убеждены, что не являются преступниками, помилованы судом и будут отпущены на свободу. Бред является итогом вытеснения психотравмирующей ситуации и замещения представлений о ней истерическими фантазиями. Собственно бредом его считать, пожалуй, не следует, речь идет скорее о бредоподобном фантазировании.

Содержанием депрессивных бредовых идей является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

Бред самоумаления или самоуничижения — убеждение в собственной безнравственности, своей никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности, неспособности заслужить у окружающих ответное чувство благодарности и уважения. Нужно заметить следующее: когда депрессивные пациенты утверждают, что они «никому не нужны», это не всегда самообвинение. За этим утверждением может скрываться обвинение окружающих в бездушии и черствости, обида эгоцентрической личности на отсутствие внимания и тепла со стороны «бессердечных» людей, недоверие к ним.

Бред самообвинения — больные обвиняют себя в совершении различных неблагоприятных поступков, преступлений и выражают готовность понести за это справедливое наказание. Конкретное содержание идей самообвинения (пациенты приводят доказательства своей вины, сообщают о фактах убийства, изнасилования и тому подобных правонарушениях, в действительности ими не совершенных) имеет своим источником бредовые конфабуляции.

Бред обвинения — больные считают, что окружающие обвиняют их в неблагоприятном поведении. Для депрессивного бреда обвинения характерно, что больные оценивают эти обвинения как обоснованные

и думают о себе точно так же. Случаи, где идеи обвинения рассматриваются больными как не имеющие основания, относятся, очевидно, к персекуторным бредовым идеям.

Ипохондрический бред — больные убеждены, что страдают тяжелым, неизлечимым или постыдным заболеванием — «бред болезни». Факт психического расстройства при этом не осознается. Некоторые пациенты пытаются даже доказывать, что как раз с психикой у них «все в порядке».

Нигилистический бред — уверенность в отсутствии внутренних органов, выпадении важных физиологических функций, в собственной смерти, гибели окружающих, руинировании природных и социальных структур, в воцарении первородного хаоса во всем мире.

Бред греховности — убеждение больных в том, что они нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, не устояли перед соблазнами Сатаны, отступили от данных ранее обетов.

Бред обнищания — лишенная объективного основания уверенность в отсутствии материальных средств.

Бред физического уродства (дисморфомания) — убеждение в наличии телесного уродства, бросающегося в глаза окружающим.

Бред одержимости («внутренняя зоопатия») — убеждение в присутствии в собственном теле посторонних живых существ.

Дерматозойный бред («наружная зоопатия, бред кожных паразитов») — убеждение в присутствии на поверхности тела, под кожей или внутри ее живых существ. Наружная и внутренняя зоопатия рассматриваются чаще всего как самостоятельные, не относящиеся к ипохондрическому бреду разновидности бредовых идей.

Бред метаморфозы — уверенность в превращении своего организма в тело животного, птицы, другого человека, в неодушевленный предмет. Обычно сочетается с бредом физического воздействия.

Помимо этого в каждой из вышеупомянутых групп могут наблюдаться бредовые идеи следующего содержания:

Бред отношения — уверенность в том, что происходящее связано каким-то образом с больным и адресовано непосредственно ему. Больной ощущает, что постоянно находится в центре внимания окружающих: «Такое чувство, будто идешь по улице голый. Прохожие улыбаются, а я думаю, что они смеются надо мной; говорят между собой, а мне кажется, речь идет обо мне. По радио, телевизору, в газетах постоянно нахожу намеки в мой адрес. Читаю книгу и чувствую, что всюду рассыпаны иглы, больно колющие меня». Переживание больными того, что они находятся «в центре мира» — «анастрофия» («поворот назад»), объясняется, по К. Conrad

(1979), утратой способности к самонаблюдению — параличом рефлексии.

Встречается иное понимание содержания бреда отношения — это состояние, в котором любые события и поступки окружающих приобретают для больного особое значение (Завилянский с соавт., 1989). Более адекватной, на наш взгляд, является оценка идей отношения в плане эгоцентризма: во всем, что окружает его, пациент усматривает напоминание о себе потому, что его внимание сфокусировано главным образом на себе самом. Многим знакомы чувства, когда появляешься на людях в новой одежде. Кажется, будто все ее замечают. На самом же деле речь идет о проекции повышенного внимания к себе на ничего не подозревающих прохожих.

Сенситивный бред отношения — больные считают, что окружающие догадываются об их действительных или мнимых пороках, обращают на них внимание и выражают по этому поводу то или иное, большей частью отрицательное отношение (Кречмер, 1918). Проекция установки внимания на себе (в случае сенситивных идей отношения это острое чувство неполноценности) во внешний мир, на окружающих вообще являются, как можно предположить, психологической основой переживания открытости. Вначале это внешняя открытость, касающаяся физического «Я», а затем она может стать внутренней, относящейся к психическому «Я» (последнее наблюдается в структуре синдрома психического автоматизма).

Бред особого значения — особый, символический характер восприятия происходящего, при котором утрачивается либо отодвигается на второй план действительный смысл конкретных явлений; последние рассматриваются больными, как некая аллергия иных, скрытых ранее значений. Например, больная считает, что под бревнами и цветами «зашифрованы» взрослые люди и дети. Встречая машины с лесом и прохожих с цветами, она думает, что ведется «массовое истребление людей»; истинное значение происходящего рассматривается ею как «видимость» события, внешняя его сторона. Под бредом особого значения нередко понимают необычные интерпретации паранойяльных пациентов, то есть паралогические умозаключения. Между тем это разные явления. Бред особого значения характеризует острые психотические состояния, предваряющие онейроидное помрачение сознания, в то время как паралогические интерпретации типичны для систематизированного бреда толкования.

Бред двойников (Capgras, Reboul-Lachaux, 1923), включающий симптом положительного и отрицательного двойника (Vie, 1930) и симптом Фреголи, описанный Р. Courbon, G. Fail (1927). При симптоме положительного двойника больные считают, что незнакомые лица с известной, чаще всего враждебной целью принимают облик родственников или знакомых людей. При симптоме отрицательного двойника, напротив, родные и знакомые

воспринимаются чужими, но «подделывающимися под родных». При симптоме Фреголи больные утверждают, что одно и то же конкретное лицо способно полностью или частично изменить свою внешность с тем, чтобы не быть узнанным. Иллюстрацией симптома Фреголи может служить следующий пример: Фауст у Гете видел Мефистофеля то в дьявольском, то в мужском и женском облике, он мог узнать его в собаке и даже в клубах пыли. С бредом двойников не следует смешивать бред чужих родителей, встречающийся чаще в детском, подростковом возрасте. Бреду чужих родителей способствует нарастающая отгороженность детей, переживание ими враждебности близких. Развитию бреда чужих родителей может предшествовать деперсонализация в виде потери родственных чувств — близкие люди воспринимаются как посторонние, «чужие» без ощущения их интимности к собственной личности.

Бред интерметаморфозы (метаболический бред, бред постоянного изменения), описанный P. Courbois, G. Tusques (1932)—больные считают, что окружающее постоянно преобразуется, люди перевоплощаются, полностью меняя внешность, свои внутренние, моральные качества, трансформируются предметы обстановки. Чувство превращения может связываться больными с тем, что на них оказывается воздействие извне, их «заставляют» узнавать в одном человеке несколько лиц, «прорисовывают» в реальном облике «образы других людей».

Бред инсценировки — окружающее воспринимается как нечто искусственное, специально подстроенное, поддельное, происходящее по заранее составленному сценарию, как в театре или при съемке кинофильма, запрограммированное, спланированное, с определенной целью.

Антагонистический или манихейский бред (манихейство — религиозное учение, основанное в III в. Мани; в основе его лежат представления о борьбе добра и зла, света и тьмы как изначальных и равноправных принципов бытия) — происходящее рассматривается больными как выражение борьбы враждебных и доброжелательных им сил. В центре этой борьбы, имеющей обычно глобальное значение, находится личность больного.

**Клинические формы бреда.** Другой подход к систематике бредовых идей связан с изучением психопатологических особенностей бреда, его клинической структуры.

Различают первичный (примарный) или истинный бред и имеющие лишь внешнее сходство с ним бредоподобные явления (Jaspers, 1923; Gruhle, 1951; Schneider, 1962; Huber, Gross, 1977). Истинный бред описан в минувшем столетии рядом авторов под различными названиями: интеллектуальная мономания Эскироля, примордиальный делирий Гризингера, первичный бред Снелля. Первичный бред определяется как психологически невыводимый, не поддающийся «вчувствованию» феномен, связанный с первичным церебро-органическим поражением мыслительной деятельности.



Сходные нарушения, не соответствующие данному определению, не относятся к категории бредовых, а рассматриваются отдельно в качестве бредоподобных расстройств. С указанных позиций из бреда исключаются сенситивный бред отношения, бред толкования, так называемые вторичные формы бреда, параноидные реакции с трактовкой определенных событий в плане их особого отношения к собственной личности, характерогенный бред, параноидные психореактивные расстройства (Huber, Gross, 1977).

В рамках первичного бреда выделяется несколько его видов. Различают, по K. Schneider (1962), «бредовые мысли» — внезапно возникшие бредовые идеи, и «бредовое восприятие», при котором «первично» нормальному восприятию «вторично» придается бредовое значение. K. Jaspers (1923) выделяет следующие формы примарного бреда: бредовое восприятие, бредовое представление и бредовое сознание или значение. Бредовое сознание — внезапное, интуитивное постижение тайного, скрытого ранее смысла каких-либо реальных событий или появление по типу озарения знания о событии без того, чтобы иметь о нем какие-нибудь сведения или хотя бы следы его чувственной наглядности. Например, больной вдруг «узнает», что умерла его мать; он не видел ее, никто не сообщал об этом событии, но тем не менее он убежден, что данное событие свершилось. Бредовое представление или воспоминание возникает как внезапное наитие, вторжение, мысль, как новая окраска и новое значение жизненных воспоминаний. Так, вспомнив о встрече с известным ему человеком, больной вдруг «постигает» тайный смысл разговора с ним: его пытались завербовать в шпионы, «проверяли на прочность». При бредовом восприятии радикально меняется смысл воспринимаемого в данный момент; новое значение является не результатом суждения, а переживается с характером непосредственной очевидности. Ясперс приводит такой пример бредового восприятия. При виде двух прохожих у больного возникает следующая бредовая мысль: «Два человека в непромокаемых плащах — это Шиллер и Гете».

В развитии бредового восприятия K. Conrad (1979) различает три этапа. На первом объекты воспринимаются как странные, загадочные, имеющие особое значение, однако больной еще не знает, какое именно. На втором этапе они воспринимаются как имеющие непосредственное отношение к личности больного: «это не случайно, а связано со мной; меня не выпускают из виду, наблюдают» — бред отношения. На третьем этапе бредового восприятия переживается «особое отношение» происходящего к больному, объекты приобретают конкретное бредовое значение, предстают измененными в своей сущности: «хотят убить». В структуре бредовых восприятий зрительные объекты (особенно люди) явно преобладают над восприятиями иной модальности.

По мнению И. С. Сумбаева (1948, 1958), при патологии интуитивного мышления, выражением которой является бред, могут возникать качественные нарушения концептуальных антиципации в виде бредовых предвосхищений. Появляющиеся бредовые идеи относятся

не к настоящему или прошлому, а направлены в будущее. Например, больной убежден, что в недалеком будущем он совершит гениальное научное открытие; в настоящее время он просто занят другими делами. В другом наблюдении больной предвидит, что в течение ряда последующих лет над ним будут проводить эксперименты с использованием «гипноза»; до настоящего времени он всего однажды подвергался его действию, о чем узнал лишь теперь, спустя несколько лет. В. М. Блейхер описал «ретроспективный бред предвосхищения». Это воспоминания о предсказаниях последующей жизни, якобы в точности подтвердившихся даже в отношении мелких подробностей. Нами также наблюдались пациенты, утверждавшие, будто им давно было известно о том, что их ожидает в будущем, включая подробности настоящего пребывания в больнице.

В отечественной психиатрической литературе утвердилось деление бреда на четыре вида: первичный, чувственный, аффективный и психогенно обусловленный бред (Снежневский, 1970).

Первичный (интерпретативный, паранойяльный, комбинаторный, систематизированный бред, бред толкования) характеризуется нарушением преимущественно рационального, логического познания при сохранности чувственного познания. Иногда является единственным достоверным признаком, моносимптомом психического заболевания, прогрессирующего медленными темпами. Отправной точкой бреда являются факты и события внешнего мира (взгляды, улыбки, жесты окружающих) — «экзогенные интерпретации» или внутренние ощущения — «эндогенные интерпретации». В развитии первичного бреда различаются три периода; инкубации, манифеста и систематизации, терминальный.

В инкубационном периоде наблюдаются предвестники бреда в виде медленно нарастающих аффективных изменений: недоверчивости, подозрительности, предубежденности, высокомерия, надменности, переоценки собственной личности. Манифест бреда наступает по типу внезапного озарения, прозрения, интуитивного постижения тайного смысла различных событий прошлого, настоящего и будущего. При этом могут иметь место ложные воспоминания типа бредовых конфабуляций. В ходе последующей «бредовой работы» расширяется круг объектов бредовой интерпретации, разрабатывается тщательно продуманная и аргументированная бредовая система, существующая на протяжении многих лет. В терминальной стадии происходит распад бреда, что может быть связано с затуханием болезненного процесса (появляется критическое отношение к бреду, понимание его болезненности) либо с присоединением признаков слабоумия. Бред при раздвоении личности может инкапсулироваться, то есть терять прежнюю актуальность и сосуществовать с адекватным отношением к действительности, не оказывая влияния на поведение.

Первичный бред при малопрогрессирующем развитии болезненного процесса или на начальных его этапах характеризуется рядом особенностей, свойственных сверхценному бреду. На возможность

перерастания сверхценных идей в бред впервые указал С. Wernicke (1892). Сверхценные идеи трансформируются при этом в сверхценные представления бредового содержания, которые в свою очередь переходят в сверхценный бред (Birnbbaum, 1915).

Клинические признаки сверхценного бреда таковы: доминирование бредовых идей в психической жизни больных, высокий уровень аффективной напряженности, конкретное, обыденное содержание, которое поначалу не выходит за рамки обычных, правда, эмоционально насыщенных жизненных ситуаций. Определяющим признаком является бредовое поведение больных. При бреде, в отличие от сверхценных идей, пациенты не сомневаются в своей правоте, поколебать их убежденность невозможно. Сверхценному бреду, как и бреду вообще, свойственны нарушения логического процесса, выражающиеся ложными суждениями. Например, факт, указывающий лишь на возможность супружеской измены, больной со сверхценным бредом ревности рассматривает как неоспоримое доказательство своей правоты. Или событие прошлого, утратившее актуальность, привлекается больным в качестве доказательства правильности возникшей позднее бредовой идеи. Факты и соображения, противоречащие бреду, полностью игнорируются или оцениваются по-бредовому. Идет медленное, но неуклонное расширение бредовой системы. По мере развития сверхценного бреда его содержание может утрачивать связь с реальностью и приобретать все более неправдоподобный характер.

Содержание первичного бреда может быть различным: изобретение, реформаторство, ревность, преследование, высокое происхождение, физические недостатки, болезни, любовное, сутяжное. Из монотематичного, оно в последующем может усложняться, и тут есть своя, особая логика, диктуемая бредом. Усложнение бредового синдрома может происходить за счет присоединения аффективных расстройств, галлюцинаций, явлений психического автоматизма, бреда воздействия, идей величия.

Чувственный бред или бред восприятия, а также образный бред имеют ряд общих особенностей. Обычно это острые формы бреда, фабула которых динамична, лишена стройности, завершенности. Здесь нет четко структурированной системы доказательств, активной работы над содержанием бреда. Скорее преобладает интеллектуальная пассивность, свойственная грезам. Вместе с тем между этими видами бреда есть и отличие.

Чувственный бред проецируется в непосредственное окружение пациента и связывается с настоящим, с тем, что он воспринимает в данный момент. Собственно восприятие не нарушается, страдает лишь понимание происходящего. Пациент при этом не размышляет, «не думает», он прямо, без околичностей постигает мнимый смысл событий, «чувствует» его, иногда угадывает заранее.

Образный бред не связан с объектами, непосредственно окружающими пациента. Последние могут оцениваться в их обычном значении. Бред касается не только настоящего, но также прошлого,

будущего, так что содержание его может быть более широким. Образный бред выглядит как вспыхивающие в сознании воспоминания, яркие представления ложного, но абсолютно достоверного и бесспорного для пациента содержания. Можно предполагать, что чувственный бред связан с нарушением наглядно-образного, а образный бред — образного мышления.

Формированию образного бреда, а также бреда восприятия в ряде случаев предшествует «бредовое настроение» (Jaspers, 1923) или «подготовительное поле» (Schneider, 1962)—состояние неопределенной тревоги, неясных опасений, внутреннее напряжение. Это может быть также маниакальное состояние, переживаемое как прилив сил, просветление, чувство внутреннего перерождения (Кербиков, 1949; Conrad, 1977). На высоте указанного состояния внезапно появляются бредовые идеи различного содержания — «кристаллизация бреда» (Балинский, 1859).

Содержание образного (и чувственного) бреда часто бывает обыденным, но иногда оно с самого начала может приобретать фантастический характер. Наблюдаются следующие виды фантастического образного бреда: антагонистический бред, бредовые идеи могущества, величия, богатства, бессмертия, мессианства, инсценировки, интерметаморфозы, особого значения, метаморфозы, одержимости, бред двойников.

Примерами часто встречающегося образного бреда могут служить феномены постороннего присутствия, а также мнимого взгляда. В первом случае пациент ясно чувствует присутствие возле себя человека, другого существа, «нечистой силы». Так, он узнает, что «посторонний в комнате» стоит, передвигается, смотрит на него, удаляется, а когда приближается вплотную, то возникает ощущение «жара». Или вдруг у пациента возникает ощущение, будто кто-то пристально смотрит на него. Иногда за этим стоит отчуждение и проекция собственного внимания к себе: «Это я смотрю, или глубокий «Я», о котором я ничего не знаю».

Вторичным называется бред, с самого начала сочетающийся с другими психическими нарушениями и как бы вырастающий из них. Однако это не означает, что бред не является настоящим, истинным; он лишь возникает одновременно с прочими расстройствами, тематически созвучен им, а порою растворяется в некоторых из них, например, в галлюцинациях.

Различают отдельные клинические варианты вторичного бреда в зависимости от того, с какими психопатологическими явлениями он сочетается. Выделяют галлюцинаторный бред, возникающий вместе с галлюцинациями; катестезический бред, связанный с нарушениями интерорецепции, в частности, с сенестопатиями (Гиляровский, 1949); конфабуляторный бред (Neisser, 1888), формирующийся на основе конфабуляций; бред воображения (Dupre, 1925), обусловленный патологией воображения.

Аффективным (голотимным) называется разновидность образного бреда, возникающего на фоне депрессии (депрессивные бредовые идеи) или маниакального состояния (бредовые идеи величия). По мнению К. Schneider (1962), при маниакальных и депрессивных состояниях могут возникать первичные бредовые идеи.

Психогенно обусловленный бред развивается в связи с психотравмирующей ситуацией, повышенной внушаемостью и рядом других дополнительных факторов — переутомлением, длительным лишением сна, соматическим неблагополучием, употреблением алкоголя. Психогенно обусловленным может быть, в частности, бред преследования и отношения, бред невинности и помилования, бред тугоухих, а также бред, развивающийся в иноязычной обстановке. В генезе острого параноида или параноида внешней обстановки (Жислин, 1965) определенное значение имеет непривычная внешняя обстановка и лишения, связанные с длительными переездами.

Наблюдаются, кроме того, «совместные психозы» или «психозы вдвоем», впервые описанные С. Berlin в 1819 г. Их обозначают и другими терминами: «индуцированное помешательство» (Lehmann, 1883), «симбионтические психозы» (Scharfetter, 1970), «разделенные параноидные расстройства». Различаются несколько клинических вариантов «психоза вдвоем»:

*Folie imposée* — «навязанный» или «внушенный психоз», собственно «психоз вдвоем». Возникает по механизму переноса или индукции болезненных идей от больного на здоровых лиц (как правило, легко внушаемых или слабоумных). После разделения коделирантов — индуктора и реципиента — последний быстро выздоравливает;

*Folie communicée* — «сообщенный психоз», описанный Е. Marandon de Montyel в 1881 г. Бредовые идеи индуктора вначале активно отвергаются реципиентом, однако затем последний начинает активно развивать их далее, психическое расстройство сохраняется после разделения партнеров по психозу;

*Folie simultannée* — «одновременный психоз», описанный Е. Regis в 1889 г. Обозначается также как «конформный психоз» (Баеуг, 1932). Параноидные психозы, сходные или идентичные, развиваются у больных в одно и то же время и независимо один от другого;

*Folie induite* или *transformée* — «индуцированный» или «трансформированный психоз» — один бредовый больной дополняет существующий психоз другого и обратно. Количество коделирантов может быть при этом два, три и более.

Резидуальный бред — чаще образный, остающийся на некоторое время в неизменном виде в качестве моносимптома после исчезновения всех других проявлений психоза, в частности, помрачения сознания, и восстановления к ним критического отношения.

Патофизиологической основой механизмов бреда, согласно исследованиям И. П. Павлова и его школы, является образование инертного патологического очага возбуждения преимущественно во второй сигнальной системе (словесный бред) или в первой сигнальной системе (образный бред). Определенное значение имеют фазовые состояния и нарушения во взаимоотношении сигнальных систем. Имеются указания на связь возникновения бреда с патологией интерорецепции. К. М. Быков считал, что дезорганизованная информация из внутренней среды нарушает соотношение процессов возбуждения и торможения в экстероцептивных полях коры больших полушарий. По данным Л. А. Орбели, В. А. Гиляровского, патология функционирования интероцептивных систем имеет определенное значение в развитии ипохондрического бреда и бреда физического воздействия.

Возникновение бреда связано с так называемыми препсихотическими особенностями личности. Такие характерологические черты, как обидчивость, настороженность, замкнутость, ригидность, недоброжелательность нередко могут быть выявлены в преморбиде больных с персекуторным содержанием бредовых идей. Экспансивные формы бреда чаще наблюдаются у лиц активных, настойчивых, прямолинейных, склонных к переоценке своей личности. Сенситивный бред отношения чаще всего формируется у преморбидно ранимых, неуверенных, склонных к пониженной самооценке лиц. В возникновении психогенно обусловленных форм бреда помимо характерологических факторов, определенное значение имеют психотравмирующие обстоятельства, конфликты, ситуации психической изоляции, пребывание в чуждой среде, тюремное заключение.

## **6. Навязчивые явления.**

Навязчивые состояния (Балинский, 1858), obsessions или ананкастические явления — мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, движения, возникающие независимо и вопреки желанию, притом непреодолимо, и отличающиеся постоянством (Озерецков-ский, 1950). Больные относятся к ним критически, понимают их болезненный характер и бессмысленность, но освободиться от них не могут. Впервые были описаны Платтером в 1617 г. О навязчивостях, по мнению К. Schneider (1973), следует говорить в тех случаях, если «нечто» не может быть вытеснено из сознания, хотя оно представляется бессмысленным или не имеющим основания к тому, чтобы владеть сознанием. Приведем еще определение В. П. Осипова (1931): «Под навязчивыми явлениями подразумеваются такие представления и идеи, страхи или фобии и влечения, которые возникают в сознании страдающего ими человека независимо и против его желания, неожиданно и часто внезапно, припадочным образом, не находясь в видимой связи с содержанием его мышления, и от которых он часто не в состоянии освободиться, несмотря на все усилия: возникая в теснейшей связи с эмоциональной сферой больного, они не вступают в ассоциативную связь с другими элементами мышления, препятствуют правильному течению мышления и тормозят его; навязчивость явления, его

болезненный характер обыкновенно сознается больным, обнаруживающим критическое отношение к явлению, и определяется как чуждый, несвойственный его мышлению».

Большинством авторов подчеркиваются следующие особенности навязчивых явлений:

- произвольность, непреодолимость возникновения;
- чуждость сознанию (Балинский, 1859);
- «субъективное осознание» (Rumke, 1952), то есть понимание их болезненности и наличие критического к ним отношения, по крайней мере, при неврозах и психопатиях;
- наличие постоянного ощущения тревожной напряженности и внутреннего беспокойства (Сканави, 1934);
- наличие «персеверационного принуждения» (Kepinski, 1973).

Навязчивые явления разделяются, по К. Jaspers (1923), на отвлеченные (безразличные по своему содержанию) и образные, чувственные (с аффективным, нередко крайне тягостным содержанием).

### 6.1. Отвлеченные навязчивости

К ним относятся бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

**Бесплодное мудрствование** (Griesinger, 1886) или душевная, умственная жвачка (Janet, 1903). Проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы. Например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая — левой, какой была бы Вселенная, если она имела бы границы и — т. п. Как сообщает пациент: «Я все время вместо одного вопроса подставляю другой, на который также невозможно ответить».

**Навязчивый счет** (аритмомания). Выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, встречных прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции, раскладывать на отдельные слоги слова и фразы и считать их.

**Навязчивые репродукции.** Назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни.

### 6.2. Образные навязчивости

К образным навязчивостям относятся фобии (страхи), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные

представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения и действия (компульсии).

Особенно часто встречаются разнообразные навязчивые страхи. К наиболее распространенным из них относятся следующие.

**Агорафобия.** Страх открытого пространства, нередко лишаящий больных самостоятельно переходить улицы, площади. Внимание пациентов сосредоточено на себе так, что происходящего вокруг они часто не замечают. Такие больные без опасения выходят из дома только в сопровождении других лиц и, между прочим, даже детей, которые нередко сами нуждаются в помощи. Иными словами, перераспределение внимания устраняет страх. Борьба с ним, напротив, его еще более усиливает. Человек не может не думать о том, что пытается запретить себе. Существует игра, в которой запрещается думать о чем-либо, например, о хромой обезьяне. И — обычное дело — именно о ней и появляются мысли. В. Франкл предложил для устранения навязчивых явлений метод парадоксальной интенции — нужно не подавлять фобию, а заставлять себя сделать то, чего боишься. Важно при этом, чтобы парадоксальное намерение формулировалось по возможности в юмористической форме.

**Оксифобия или айхмофобия.** Страх острых предметов. При виде ножа, например, из-за боязни нанести им хранение себе или кому-то из присутствующих.

**Гипсофобия** (акрофобия). Страх высоты, связанный с тем, что неожиданно может появиться желание прыгнуть с балкона, обрыва, лестницы: «Вдруг сойду с ума и мне захочется прыгнуть».

**Антропофобия.** Страх толпы, идущий от боязни упасть и быть ею раздавленным.

**Дисморфофобия.** Страх физического уродства в сопровождении депрессии и боязни обнаружить телесный недостаток перед окружающими.

**Клаустрофобия.** Страх закрытых помещений («вдруг случится что-то со мной и никого не дозовешься на помощь»).

**Нозофобия.** Страх заболеть тяжелой болезнью: сифилофобия — сифилисом, канцерофобия — раком, лиссофобия — бешенством, кардиофобия — страх сердечного приступа и т. д.

**Танатофобия** — страх смерти, **сидеродромофобия** — езды в поезде, **монофобия** — одиночества, **лалофобия** — страх говорить у больных логоневрозом, **зоофобия** — боязнь животных, главным образом мелких.



Встречается страх повторения навязчивых страхов — **фобофобия**. Страх может быть диффузным и касаться всего окружающего — **пантофобия**.

**Навязчивые сомнения**, или болезнь сомнений (Фальре, 1980). Неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, вынуждающая пациентов многократно проверять сделанное, что обычно не устраняет болезненных сомнений. Так, пациента в течение двух лет преследуют «сомнения, делал ли я это». Например, он помыл пол, и потом сомневается, мыл ли он его на самом деле. Он видит, что пол помыт, помнит, как он это делал, и все-таки ищет доказательств того, что это делал он сам. Иногда спрашивает об этом близких. Спустя полчаса переключается на сомнения по другому поводу: говорил ли что-то, поел, одевался ли и т. д. Пациент сравнивает свои переживания с состоянием раздвоенности личности: одно «Я» что-то делает, а второе «Я» не чувствует себя причастным к сделанному и тщетно пытается найти признаки своего участия в деятельности.

**Навязчивые опасения**. Неотвязные страхи, сомнения в удачном исходе предстоящих привычных действий, например, публичного выступления, управления машиной, самолетом, сдачи экзамена; страхи совершенно необоснованные, поскольку ранее такие действия выполнялись без труда. Понятно, что навязчивые сомнения легко могут распространяться и на новые, недостаточно хорошо освоенные занятия. Навязчивости могут касаться самых простых автоматизированных действий — глотания, ходьбы, половых актов, произношения слов. Появление навязчивых опасений нарушает успешное выполнение соответствующих действий вследствие того, что фиксация внимания на них приводит к дезавтоматизации деятельности и это, в свою очередь, способствует усилению навязчивостей. Деревфлексия, то есть устранение сосредоточенности внимания на себе является необходимым условием нормального протекания автоматизмов.

**Навязчивые или овладевающие представления**. Не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, принимающиеся на высоте болезненного состояния за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п. Эта особенность навязчивых представлений сближает их со сверхценными и бредовыми идеями (Снежневский, 1970). В них явно видна тенденция к переходу в образный бред.

**Навязчивые воспоминания**. Непроизвольное появление в сознании образных детальных воспоминаний о каком-либо неприятном или порочащем больного событии часто реального прошлого. Они, как и овладевающие представления, временами с трудом разграничиваются с реальностью, приближаясь порою к бредовым конфабуляциям. Оттенок насильственности воспоминаний свидетельствует о возможности их перехода в образный ментизм.

**Контрастные представления.** Хульные мысли, навязчивое чувство антипатии — непроизвольное появление мыслей, представлений и чувств, содержание которых противоречит взглядам, верованиям, мировоззрению и этическим установкам. Объектом контрастных навязчивостей наиболее часто становятся дорогие и почитаемые люди, символы веры, реликвии, глубокие привязанности.

**Навязчивые влечения.** Стремление совершить непристойный, бессмысленный либо опасный поступок, например, броситься в одежду в воду, прыгнуть с высоты, лечь под машину, громко выругаться. Детальный расспрос позволяет установить, что больные испытывают скорее опасения перед возможностью таких поступков, чем собственно стремление их совершить. Иногда, однако, навязчивые явления становятся императивными до такой степени, что пациенты с трудом удерживаются от их осуществления или бывают вынуждены совершить заместительные действия (выкрикивать не бранные, а другие, похожие слова; направлять агрессивные импульсы на другой объект и др.). Другими словами, навязчивые влечения могут трансформироваться в импульсивные, кататонические побуждения. Это особенно важно учитывать в отношении суицидных и гомоцидных тенденций.

**Навязчивые действия.** Могут быть разными по генезу. Тики — первоначально преднамеренные, в каком-то смысле нужные, но ставшие затем привычными и до известной степени неодолимыми действиями: подергивания плечами, дотрагивания до носа, пощипывание мочек ушей, расчесывание и т. п. Это могут быть покашливание, хмыканье, шумное втягивание воздуха, похрюкивание — респираторные тики. Встречаются чавканье, чмокание, цокание и т. п. — оперкулярные тики. Весьма часто наблюдаются слова-паразиты, «эканье» и прочий речевой мусор — вербальные тики. Это также навязчивое сосание большого пальца; онихофагия — стремление грызть ногти, трихотилломания — выдергивать волосы. Такого рода действия следует рассматривать как навязчивые лишь в том случае, если они переживаются пациентом как чуждые, вредные, болезненные. Навязчивые действия могут быть связаны также со страхами, опасениями, сомнениями. Так, при страхе заражения бесчисленное множество раз моются руки, при навязчивых сомнениях многократной проверке подвергается сделанное. В данном случае речь идет о навязчивых действиях по типу простой защиты. Другой разновидностью защитных действий от навязчивых страхов являются ритуалы — словесные формулы (заклинания), мысли (идеаторные ритуалы) и действия, совершаемые с целью предотвращения мнимого несчастья, устранения неясных страхов, тревоги, сомнений. В отдельных случаях навязчивые ритуалы становятся весьма сложными, изнурительно долгими и тогда рассматриваются как навязчивые церемонии.

Навязчивые состояния встречаются при неврозах (невроз навязчивых состояний, обсессивно-фобический невроз, невроз ожидания), психопатиях (главным образом при психастении), неврозоподобной форме шизофрении, в депрессивной фазе

маниакально-депрессивного психоза, при маскированной депрессии, инволюционной меланхолии, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговая травма, энцефалиты), диэнцефальных и гормональных нарушениях. Клинические особенности навязчивостей зависят от характера проявляющегося ими заболевания.

Многие авторы отмечают психологическую понятность появления навязчивых страхов и ритуалов, а также отсутствие оценки навязчивостей как совершенно чуждых личности явлений при психастении (Фрумкин, 1950); Озерецковский, 1950; Rumke, 1952; Лакосина, Целибеев, 1961).

При психастении выявлена высокая частота навязчивых сомнений, бесплодного мудрствования, страхов за здоровье, а также их стойкость и отсутствие склонности к редуцированию (Ганнушкин, 1964; Асатиани, 1965; Leonhard, 1968; Muller, 1953).

Характерными особенностями навязчивостей при шизофрении являются внезапное, психологически непонятное их возникновение, быстро нарастающая нелепость, вычурность и символичность; однообразие, монотонность, инертность, стереотипизация; раннее появление странных, непонятных страхов, большая частота навязчивого мудрствования, постепенная утрата эмоциональной насыщенности, отсутствие критического отношения и борьбы с навязчивостями (Озерецковский, 1950; Морозов, Наджаров, 1956; Асатиани, 1965; Вроно, 1971; Tashev, 1970; Сухарева, 1974; Гиндикин, 1973). Такого рода навязчивости иногда обозначают криптогенными, то есть не находящимися в психологически понятной связи с внешними обстоятельствами.

Навязчивые состояния при эпилепсии (чаще всего это гомоцидные влечения) отличаются элементарностью и обычно протекают пароксизмально в рамках негрубо нарушенного сознания (Озерецковский, 1981). Навязчивые состояния, возникающие в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, развиваются на основе смешанного состояния с непременным компонентом тревоги и при отсутствии явлений идеаторного торможения. Наиболее характерны навязчивые сомнения. Психопатологические особенности навязчивостей, описанных рядом исследователей при органических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговой травме, энцефалитах, сосудистых заболеваниях, диэнцефальных и гормональных нарушениях, ревматизме (Petrilowitsch, Baer, 1967; Lenz, 1965; Сухарева, 1974), изучены недостаточно.

Многие исследователи указывают, что по мере прогрессирования болезни навязчивости трансформируются в другие нарушения психической деятельности; двигательные автоматизмы, дереализацию, деперсонализацию, амбивалентность, слуховые галлюцинации, бред, ментизм. Это свидетельствует, очевидно, о том, что перечисленные нарушения клинически выражаются

навязчивостями на ранних этапах своего развития и объясняет, вероятно, причины неоднородности психопатологической структуры навязчивых явлений.

Навязчивые явления наблюдаются в разных возрастных группах больных. Клиническая структура навязчивостей сравнительно слабо изучена у пациентов во второй половине жизни. Об этом мало данных, но это не означает, что навязчивости у пожилых больных не наблюдаются. Появление навязчивостей у детей можно отметить, начиная с двух, трех лет. Примерно до шести, семи лет дети не могут рассказать о них так, чтобы факт навязчивостей у наблюдателя не вызывал сомнений. Дети не в состоянии передать переживание невольного появления навязчивостей, чуждости их сознанию, нет у них и позиции противостояния по отношению к ним. Динамика навязчивостей в детском возрасте в целом отражает последовательность созревания механизмов нервно-психического реагирования. Так, дошкольному возрасту свойственны преимущественно двигательные навязчивости — тики (психомоторный уровень реагирования). Позже (6—10—11 лет) присоединяются эмоциональные навязчивости, навязчивые побуждения (аффективный уровень реагирования). У подростков и в юности наблюдаются также идеаторные навязчивости (идеаторный уровень реагирования). Анализ навязчивостей и их динамики в данном контексте может стать источником ценной клинической информации о взрослых пациентах.

Патофизиологические механизмы навязчивых состояний изучены И. П. Павловым (1933). По И. П. Павлову, большей части навязчивых состояний соответствует появление в коре головного мозга изолированного функционально «больного пункта» с наличием патологически инертного, застойного возбуждения. Происхождение фобий объясняется действием механизма патологической лабильности торможения. Фазовыми состояниями, в частности, механизмом ультрапарадоксальной фазы обусловлено развитие хульных мыслей и контрастных влечений. В психоанализе навязчивости рассматривают как символ задержанных сексуальных побуждений детского возраста.

### **7.1. Психология эмоциональной сферы**

В пехлевийских текстах есть поучение: «В страдании тот, у кого нет разума. Несчастен тот, у кого нет жены. Нет имени у того, у кого нет сына. Ничего не стоит тот, у кого нет имущества. Слаб тот, у кого никого нет. Из них всех несчастнее тот, у кого нет души». Внутренний мир человека немного бы стоил без души, эмоций, без переживания происходящего.

Эмоции (от *emovere* — возбуждаю, волную, побуждаю) — особый тип реакции животных и человека на внешние и внутренние стимулы. Это реакции, в которых выражается отношение индивидуума к различным явлениям жизни. Эмоции — источник информации о том, насколько важны для нас те или иные события, адекватны или нет

обстоятельства жизни нашим потребностям. Попытки игнорировать, подавлять эмоции, а тем более искусственно манипулировать ими, например, средствами химии, оборачиваются поэтому невосполнимыми потерями для личности.

Существует множество различных эмоций. Наш язык, пригодный для описания внешних впечатлений, слишком несовершенен для того, чтобы выразить чувства. В одни и те же слова вкладывается различный смысл. И гуманист и каннибал одинаково горячо любят людей, но делают это они каждый по-своему. И все же без описания эмоций, какой-то их классификации не обойтись.

Принято разграничивать эмоции по знаку, модальности, по степени и характеру активации физиологических процессов, по интенсивности и продолжительности, по уровню развития.

По знаку различают положительные и отрицательные эмоции. Первые желанны для субъекта, он к ним стремится, а вторые — неприятны, он их избегает. Это деление сразу указывает на мотивационную роль эмоций.

Положительные эмоции возникают в ситуациях, сулящих успех, достижение цели, удовлетворение потребности. Ясно, что не всегда сама ситуация порождает такую эмоцию. Положительной эмоциональной реакцией будет и в том случае, если мы знаем, как действовать, каким путем в данной ситуации достичь желаемого. Положительные эмоции, таким образом, являются сигналом собственной поведенческой компетентности. Если же успех достигается за счет удачной находки, нового подхода, то положительная эмоция способствует их закреплению и поощрению. Даже если успех этот мнимый, а способ действий деструктивный.

Отрицательные эмоции возникают в ситуации фрустрации, то есть при появлении препятствий на пути к цели. В повседневной жизни эти препятствия часто бывают мнимыми и преувеличенными. Еще Эпиктет заметил, что людей чаще страшат не дела, а мнения об этих делах. Отрицательные эмоции связаны также с некомпетентностью, потерями, боязнью ответственности, а также эгоцентризмом, порождающим несбыточные ожидания, будто мир создан специально для наших желаний и прихотей.

Отрицательные эмоции позволяют увидеть проблемы и направления личностного роста. Эти эмоции блокируют неэффективные стратегии поведения. Они стимулируют наше развитие, только если принимать их, а не стремиться их подавлять. Негативные эмоции, кроме того, активируют механизмы психологической защиты, благодаря которым мы не замечаем многого, что могло бы вконец отравить нашу жизнь.

Существуют различные модальности эмоций: тоска, тревога, страх, обида, вина, разочарование, скука, радость, удовольствие, гнев и другие. Тоска — переживание потери, траурное чувство. Обычно сопровождается ощущением тяжести и душевной боли. Тревога —

беспредметное чувство близкого несчастья, предощущение беды. Сочетается с ощущением напряжения, беспокойством. Страх — переживание опасности для жизни, здоровья, благополучия. Страх обычно связан с конкретными ситуациями, объектами, людьми. Обида — чувство недовольства со стремлением обвинить другого, переложить на него ответственность за неудачу. Вина — переживание личной ответственности с упреками и осуждением самого себя. Это чувство противоположно обиде. Разочарование — чувство, сопровождающее утрату ценностных представлений, потерю веры в то, что ранее составляло смысл существования. Скука — переживание пустоты жизни, отсутствия стремлений и интересов. Радость — предчувствие или переживание успеха. Удовольствие — чувство приятного от сделанного или удовлетворения физиологической потребности. Гнев — бурное проявление недовольства, не обязательно сочетающееся с враждебным отношением и агрессией. Этот перечень модальностей отнюдь не исчерпывает чувства человека и может быть продолжен.

Эмоции имеют непосредственное отношение к активации организма. Некоторые из них повышают уровень активации, например, гнев. Это стенические эмоции. Другие, напротив, снижают уровень активации, демобилизуют. Например, тоска. Такие эмоции называют астеническими.

Различают также эмоции покоя и эмоции ожидания.

Первые сопровождаются ощущением расслабления и возникают, если цель достигнута или стало ясно, что она недостижима. Это, к примеру, умиротворенность, разочарование. Эмоции ожидания сочетаются с чувством напряжения, которое возрастает по мере приближения к цели или возникает в амбивалентной ситуации, при столкновении полярных желаний, перед развязкой или окончательным решением.

В целом можно принять, что характер эмоциональной реакции зависит от количества и качества информации, от того, какой она ожидалась и в какой момент была получена. Важно, разумеется и то, как индивидуум интерпретирует информацию. Так, У. Джеймс упоминает об американце, который в войну потерял все свое имущество. От радости он будто бы катался по земле и говорил, что никогда еще не был так счастлив, как теперь.

Любая эмоция состоит из трех компонентов. Это во-первых, непосредственное переживание — сумма органических ощущений (легкость, стеснение, напряжение, удушье и т. п.), которую, собственно, мы и называем эмоцией, настроением. Во-вторых, любая эмоция включает то или иное побуждение к деятельности. В условиях дефицита информации совершаемые при этом действия в конечном счете могут оказаться полезными. Известна притча о двух лягушках, попавших в крынку со сметаной. Одна вскоре прекратила сопротивление и погибла. Другая барахталась, пока не сбила комок масла и тем самым спаслась. Эмоция, таким образом, как бы

восполняет дефицит информации — это когнитивный компонент эмоции.

Выделяют несколько форм проявления эмоций: аффекты, страсти, настроения и ситуативные реакции.

Аффект — сильное и короткое проявление эмоции, связанное с неожиданным и резким изменением жизненно важных обстоятельств. Аффект характеризуют:

— связь с наличной ситуацией — отдаленные, воображаемые и вероятные события аффектом не сопровождаются;

— обобщенность — основной раздражитель «сплавляется» в единый комплекс с сопутствующими, так что последние только поддерживают аффект. Поэтому успокоить разъяренного человека трудно, этим его можно только «подхлестнуть». Аффект ужаса может поддерживаться случайными вещами, отчего в панике человек мечется в разные стороны;

— высокая, предельная интенсивность эмоции, признаком чего могут служить резкие физиологические сдвиги и расстройства (спазмы сосудов, эпилептический припадок и т. п.);

— изменение состояния сознания — обычно наблюдается выраженное в разной степени «сужение» сознания. Разграничивают физиологический и патологический варианты аффекта. Часто считают, будто аффекты лишены адаптивного значения. Между тем существует мнение, что опыт аффекта полезен в том плане, что позволяет заранее, распознать аффектогенные ситуации, подготовиться к ним или во время «выйти из игры». Известна «очистительная» сила аффектов. Аффекты способствуют, кроме того, развитию самоосознавания через осмысление последствий поступков, совершаемых во время эмоционального взрыва.

Страсть — сильное и стойкое чувство с концентрацией внимания, мыслей и действий на объекте, с которым связано это чувство. Нередко страсть преобразует, делает неузнаваемым человека. Она, по замечанию Ларошфуко, «превращает умного в глупца, но не менее часто наделяет дураков умом». О страстях много писали — поэты, писатели, философы, в основном выражая осторожное, боязливое к ним отношение. Между тем страсти не бывают ни плохими, ни хорошими, они таковы, каковы сами люди.

Настроение — устойчивое и нерезко выраженное эмоциональное состояние. Определяется физическим состоянием, а также оценкой происходящего с позиций жизненно важных целей. Устойчивое, хорошее настроение — показатель здоровья, интегрированности личности. Еще в древности писали: «Если придет благо, не радуйся чрезмерно, если придет беда, не огорчайся чрезмерно, ибо благо со временем оборачивается злом, а зло — благом, и нет подъема, перед которым не было бы спуска, и нет спуска, за которым нет подъема».

Настроение с трудом поддается словесному описанию, чаще оценивается в неопределенных выражениях — «хорошее, плохое». В таких оценках воедино сливаются указания на витальное самочувствие, уровень активации, готовность действовать в том или ином направлении. Если в них включены ясно осознаваемые когнитивные аспекты, то есть тенденция интерпретировать впечатления определенным образом, описание настроения носит более структурированный характер, («печальное, радостное, веселое» и т. п.).

Ситуативные реакции—относительно короткие и мягкие эмоциональные ответы, связаны с текущими впечатлениями. Это могут быть внешние ситуации — что-то сказали, упрекнули, кто-то заболел и т. п. Любимый человек вызывает чувства гордости, восхищения, благодарности. Ситуативные реакции возникают и в связи с внутренним состоянием. Например, человек чувствует зависть к кому-то, понимая, что это «нехорошо». Возможно, он почувствует также чувство вины, досаду или разочарование собой.

Эмоции по происхождению — это форма индивидуального и видового опыта: ориентируясь на них, субъект совершает действия, целесообразность которых для него остается иногда скрытой. Ситуации и сигналы, вызывающие эмоции, также не всегда осознаются. Конфликт между осознаваемыми и неосознаваемыми эмоциями является одной из причин развития неврозов.

Развитие эмоций выражается в их дифференциации, в расширении круга объектов, вызывающих душевный отклик, в развитии способности контролировать эмоции, их внешние проявления. Первичная форма эмоций — эмоциональный тон ощущений — переживание приятного (неприятного) в структуре ощущений, побуждающие движение субъекта к раздражителю или от него. Органические эмоции связаны с физиологическими процессами и инстинктами. Социальные эмоции возникают в межличностных контактах. Это, к примеру, чувство вины, стыда, обиды, уважения и т. д. Высший уровень развития эмоций у человека — устойчивые предметные чувства к объектам, отвечающим его духовным потребностям (интеллектуальным, эстетическим, нравственным). Это обобщенные, надситуативные эмоции, связанные с важнейшими ценностями личности. Эмоции человека являются результатом множества влияний, зачастую весьма противоречивых.

Эмоциональный опыт человека изменяется и обогащается в ходе развития личности в результате сопереживания субъектом душевных состояний других людей на основе идентификации с ними, подражания моторным и аффективным реакциям, стремления понять

внутренний мир окружающих и предсказать их эмоциональные реакции в конкретных ситуациях (эмоциональный, когнитивный и предикативный виды эмпатии), переживания субъектом по поводу чувств другого человека (сочувствие), при восприятии произведений искусства, под влиянием средств массовой информации. Эмоции —



важный фактор человеческого общения. Они влияют на выбор партнеров общения, контактность, определяют ее способы и средства. Одним из средств общения являются выразительные движения, имеющие сигнальный и социальный характер. Мимика, пантомимика, вокальная мимика (интонация, тембр, ритм, вибрация голоса), экспрессия в процессе общения приобретают характер образного языка, специфического кода для передачи многообразных оттенков чувств, оценок, отношений к событиям и явлениям. Они могут иметь решающее значение в интерпретации значения произносимых высказываний. Некоторые авторы считают, что невербальные средства общения являются основным каналом информации для передачи отношения одного человека к другому. К примеру, отношения симпатии или антипатии в значительной степени возникают при виде зрачков партнера — узкие зрачки не ассоциируются с теплыми чувствами.

Эмоции сопровождаются разными изменениями в деятельности органов дыхания, пищеварения, сердечнососудистой системы, желез внутренней секреции, скелетной и гладкой мускулатуры, метаболическими сдвигами. Это бледность, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек, колебания артериального давления, частоты пульса и дыхания, терморегуляции, мидриаз, усиление перистальтики, пиломоторные реакции и многое другое. С этими изменениями связаны разнообразные субъективные ощущения, сопутствующие аффективным реакциям и выразительным движениям. Данное обстоятельство, между прочим, отражено в обозначениях эмоций в русском и других языках. Так, слово «печаль» означает: то, что печет. «Горе» происходит от слова «горит», «грусть» — от «грызет». Первоначальное значение слова «удрученный» можно передать выражением «побитый палками», которое очень часто используется депрессивными больными в жалобах на самочувствие. «Тужить» означает: испытывать стеснение, давление. «Скорбь» в литовском языке определяется как «падать в обморок, лишиться сознания». Раннее значение слова «страх» — оцепенение, обездвиженность, превращение в подобие палки. «Плакать» — это значит «бить себя в грудь», «ликовать» — «петь и плясать», «скучать» — «кричать», «трусить» — «трястись, дрожать» (Шанский и др., 1961). Больные также склонны подчеркивать физический оттенок в самовосприятии аффективных сдвигов. Например, чувство тоски звучит как «боль в сердце и плохие мысли», тревоги — «внутренняя дрожь, суетливость». Под влиянием эмоций меняется электрическое сопротивление кожи,— факт, на использование которого основана работа «детектора лжи».

Вегетативные сдвиги, характеризующие эмоции, могут иметь симпатикотоническую либо ваготоническую направленность. Известно, что отрицательные эмоции сопровождаются преобладанием тонуса симпатического, а положительные и приятные эмоции — парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Нередко, однако, симпато-адреналовые и вагоинсулярные реакции сочетаются без явного перевеса в ту или иную сторону.

Одной из первых попыток объяснить физиологическую природу эмоций была теория Джемса-Ланге (1894, 1895), подчеркнувшая роль периферических реакций в эмоциональном процессе. Основное содержание теории состоит в том, что внешние впечатления рефлекторным путем, минуя сознание, вызывают в организме определенные вегетативные реакции и побуждают к выполнению соответствующих действий. Последующее осознание происшедших изменений субъективно переживается как эмоция. Согласно Джемсу и Ланге, неверно говорить так: человек увидел медведя, испугался и побежал. Следует сказать иначе: человек увидел медведя, побежал и осознал это как испуг. Cannon (1927) и Bard (1928) предложили центральную теорию эмоций, в которой механизмы эмоциональных реакций связывались с деятельностью зрительного бугра.

Дальнейшими исследователями была установлена роль центральных нервных образований — лимбико-ре-тикулярного комплекса в механизмах возникновения эмоций. Показано, что различные стороны эмоциональных состояний контролируются специальными нервными структурами, функционирующими в тесном единстве. Зрительный бугор определяет эмоциональную окраску различного тона, стриопаллидарная система участвует в осуществлении внешнего выражения эмоций, гипоталамус регулирует вегетативные, сосудистые, нейроэндокринные функции и метаболические, процессы при эмоциональных состояниях. Ретикулярная формация ствола мозга осуществляет активирующее влияние на кору головного мозга. Установлено, что роль коры больших полушарий не может быть сведена к пассивной рецепции эмоциональных процессов. Как указывает М. И. Аствацатуров (1959), результатом деятельности коры головного мозга являются высшие эмоциональные проявления, включающие, как составной компонент, филогенетически более старую протопатическую чувствительность, воспринимаемую зрительным бугром.

## 7.2. Психопатология эмоциональной сферы

Наблюдаются различные нарушения эмоциональной сферы. Ниже они сгруппированы следующим образом: патология настроения, патология эмоциональных реакций, патология экспрессивных актов. Нарушения эмоционального тона ощущений описаны в главе о патологии ощущений (психическая гиперестезия) и разделе о депрессивном синдроме (психическая гипестезия).

**Расстройства настроения.** Нарушения настроения характеризуются относительно устойчивыми к внешним воздействиям часто аутохтонными аффективными установками и сопровождаемыми общим изменением нервно-психического тонуса. Изменения настроения могут быть связаны также с внешними причинами (психический стресс, интоксикации, травмы), соматическими нарушениями. В данную группу расстройств включены: апатия, гипотимия, гипертимия, эйфория, дисфория, растерянность, тревога, страх, бредовое настроение.

**Апатия.** Состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам будущего. Это стойкое или преходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и органических эмоций. Глубокая степень апатии обычно не осознается, не расценивается пациентами в качестве патологического явления, не тяготит их, не отражается в жалобах на самочувствие. В относительно неглубоких случаях может быть понимание происшедших перемен в чувствах. Градации апатии примерно таковы: эмоциональное уплощение — эмоциональная монотонность — безучастность.

**Гипотимия (снижение настроения).** Аффективная подавленность в виде депримированности, опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Шкала подавленного настроения могла бы выглядеть следующим образом: безрадостное настроение — печаль, депримированность — тоска с переживанием душевной боли и смыслоутраты — отчаяние, безысходность, — тоскливое возбуждение (раптус) или депрессивный ступор.

**Гипертимия (повышение настроения).** Приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, инициативы, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья. Отрицательные эмоции отсутствуют или нестойки и мимолетны. Шкала приподнятого настроения может быть представлена таким образом: безмятежное настроение (эйфория) — веселое настроение с повышенной смешливостью — радость, переживание счастья — восторг, ликование — экстаз с хаотическим возбуждением или ступором.

**Эйфория («несу хорошее»).** Беспечное, беззаботное, безмятежное настроение, в котором доминирует благодушие, пассивное переживание полного благополучия и отсутствия забот, довольство, поверхностное, наплевательское отношение к серьезным сторонам и явлениям жизни. По существу под эйфорией чаще всего понимают обусловленную органическими причинами нерезкую приподнятость настроения.

**Дисфория («несу плохое, дурное»).** Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышкам раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями. Пароксизмы дисфорического настроения свойственны височной эпилепсии.

**Растерянность.** Острое чувство недоумения, беспомощности, бестолковости, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость внимания (гиперметаморфоз), вопрошающее выражение лица, позы и

жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Пытаясь разобраться в происходящем, больные апеллируют к помощи извне, сообщают, что ничего не могут сообразить, задают характерные вопросы: «Где это я?.. Кто эти люди?.. Почему Вы в халате?.. Ничего не пойму... Что со мной?.. Зачем Вы пишете?.. Куда меня ведут?..». Высказывается мнение, что непонимание окружающего преобладает при острых экзогенно-органических психозах, в то время как неспособность разобраться в аутопсихических сдвигах более характерна для острой шизофрении.

**Тревога.** Неясное, недифференцированное чувство растущей опасности, предчувствие катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Тревога иногда определяется как «свободно-плавающий страх». Сопровождается своеобразными физическими ощущениями: «Внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...», суевливість, непоседливостью, беспокойством — «места не могу найти... не могу ни сидеть, ни лежать, ни чем-то заняться, все время куда-то гонит...», двигательным возбуждением, тревожными вербигерациями, ажитацией выразительных актов. Тревожность — черта личности — повышенная склонность испытывать тревогу по поводу реальных или воображаемых опасностей. Шкала тревоги выглядит приблизительно так: внутреннее волнение — напряжение, неясное предощущение неприятностей — выраженное беспокойство, предчувствие катастрофы — смятение, растерянность, возбуждение или оцепенение.

**Страх.** Разлитое, генерализованное, проецирующееся на все в окружающем либо связанное с определенными ситуациями, объектами, лицами переживание опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями («внутри похолодело, оборвалось», «шевелются волосы» и др.), локализованным в груди и во всем теле, парестезиями, острыми вегетативными расстройствами. Интенсивность страха колеблется в широком диапазоне: опасение, боязнь, испуг, ужас, панические реакции.

**Бредовое (основное) настроение.** Страх, напряженность с беспредметным или проецирующимся на людей переживанием опасности, ощущением враждебности окружающего и одновременно с этим чувством своей незащищенности и уязвимости в сочетании с подозрительностью, настороженностью, недоверчивостью.

**Расстройства эмоциональных реакций.** Проявляются эмоциональными реакциями, неадекватными по знаку, силе и продолжительности, вызывающим их стимулам. Опишем следующие нарушения: эксплозивность, эмоциональную вязкость, эмоциональную монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональную тупость, утрату эмоционального резонанса, паратирию, эмоциональную парадоксальность, эмоциональную двойственность и патологический аффект. Патология эмоциональных

реакций нередко имеет в основе изменения общей аффективной установки (дисфория, подавленность и др.).

**Эксплозивность (взрывчатость).** Чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости, гнева. Эмоциональные разряды могут сопровождаться агрессией, направленной вовне или на самого себя. Снижается контроль за поведением, характерна импульсивность. Эксплозивность можно рассматривать как готовность к состояниям аффекта, включая патологический.

**Эмоциональная вязкость.** Застревание, стойкая фиксация аффективной реакции и внимания на каком-либо событии, ситуации, объекте. Проявляется в злопамятности, приверженности к раз и навсегда заведенному распорядку жизни, в консерватизме во взглядах и привычках, в косности и оппозиционном отношении к новому, в длительной сосредоточенности на психотравмирующих ситуациях, на неудачах и обидах, в прилипчивости к волнующим темам.

**Эмоциональная слабость или лабильность.** Легкая и капризная изменчивость настроения по разным, часто сиюминутным причинам, иногда неизвестным и самому пациенту. Ровного душевного состояния может не быть вообще. Повышение настроения зачастую приобретает оттенок сентиментальности, умиления, понижение — слезливости, слабодушия. Крайняя степень эмоциональной слабости определяется термином эмоциональное недержание — это полная неспособность сдерживать внешние проявления эмоций в сочетании с резкими колебаниями настроения по любому поводу.

Иногда наблюдается чрезвычайно утонченная эмоциональная чувствительность, когда неприметные и совершенно случайные детали происходящего оставляют очень глубокое впечатление — эмоциональная гиперестезия. Частые колебания настроения могут быть связаны с обострением эмпатического сопереживания — «настроение других прямо передается мне и, кажется, переживаю за них больше, чем они сами».

**Эмоциональная монотонность.** Отсутствие естественных колебаний настроения; неподвижное, однообразное, без суточной динамики и не меняющееся от внешних стимулов настроение. Радующие, волнующие, печальные или тревожные сообщения не находят душевного отклика у пациентов, их настроение остается прежним. Нет эмоционального отзвука и при восприятии эмоций окружающих. Речь сухая, лишена мелодичности, образности. Мимика бедная, жестикуляция скудная, однотипная, тональность голоса приглушена.

**Эмоциональное огрубение.** Утрата тонких эмоциональных дифференцировок, наиболее ярко проявляющаяся в сфере высших чувств и в отношениях с окружающими. Больные теряют присущие им ранее сдержанность, деликатность, учтивость, такт, чувство

собственного достоинства и уважения к другим, становятся расторможенными, назойливыми, циничными, хвастливыми, бесцеремонными, заносчивыми, не соблюдают элементарных приличий.

**Эмоциональная тупость.** Душевная холодность, опустошение, черствость, бессердечие, состояние, связанное с резким недоразвитием или утратой высших эмоций. Обозначается иногда как «моральная идиотия», олотимия. Органические эмоции, как и эмоциональный тон ощущений остаются достаточно живыми и, что обычно случается, оказываются неконтролируемыми.

**Утрата эмоционального резонанса.** Болезненное чувство выпадения эмоционального отклика на различные события. Описывается больными как весьма тяжелое ощущение потери слитности с происходящим, разобщение с внешним миром: «Воспринимаю все глазами, умом — не сердцем. Внутри все замерло, окаменело, будто души нет. Вижу, как люди волнуются, радуются, плачут, к чему стремятся, я же смотрю на все со стороны, как наблюдатель, не принимаю в жизни участия. Между мной и всем остальным возникла какая-то невидимая преграда, отделившая меня от мира». Утрата эмоционального резонанса — одно из проявлений болезненной психической анестезии, состояние «мучительного бесчувствия», возникающее вследствие потери способности осознавать различные чувства (радости, печали, страха, любви).

**Паратимия.** Инверсия эмоций, когда аффективные реакции противоположны адекватным в данной ситуации.

**Эмоциональная парадоксальность.** Ослабление адекватных эмоциональных ответов на важные события при одновременном оживлении реакций на сопутствующие незначительные обстоятельства.

**Эмоциональная двойственность (амбивалентность).** Сосуществование разных чувств по отношению к одному и тому же объекту. Характеризует ценностный конфликт и типична для невротической личности. Крайние варианты амбивалентности проявляются неспособностью осознавать факт антагонизма возникающих в одно и то же время полярных эмоций, свидетельствуют о глубокой степени расщепления личности.

**Патологический аффект** (Kraft-Ebing, 1868). Кратковременное психическое расстройство в виде взрыва сильнейшего аффекта (обычно ярости, бешенства) в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию). Сопровождается помрачением (сужением) сознания, двигательным возбуждением с автоматизированными действиями, последующей конградной амнезией. Патологическому аффекту сопутствуют резкие вегетативные сдвиги, возможны дебюты и рецидивы психических, а также соматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, тиреотоксикоз и др.).

Развитие патологического аффекта принято разделять на три стадии: в первой (подготовительной) происходит нарастание аффекта и сужение сферы сознания на психотравмирующих переживаниях; во второй (стадии взрыва) наступает глубокое нарушение сознания с расстройством ориентировки, речевой бессвязностью, бурным двигательным возбуждением; в заключительной стадии выявляются признаки резкого психического и физического истощения, часто — глубокий сон. После пробуждения обнаруживается частичная или полная амнезия, которая может быть отставленной.

Патологический аффект относится к компетенции судебной психиатрии и считается состоянием, исключаящим вменяемость, как и патологическое опьянение. К исключительным состояниям относят также описанные Кречмером реакции короткого замыкания — скоротечные аномальные (но не являющиеся психотическими в клиническом смысле) болезненные эпизоды, выражающиеся импульсивными действиями опасного характера. Последние имеют аффективное происхождение и связаны с постепенно накапливаемым эмоциональным напряжением, обусловленным ситуацией длительной фрустрации. В самый момент реакции, вероятно, наступает аффектогенное сужение сознания. Не имеет четких различий с патологическим аффектом, встречается очень редко.

Полярным патологическому аффекту является состояние эмоционального паралича — блокада эмоциональных реакций, наступающая в катастрофальных ситуациях (землетрясение, аварии и т. п.). Внешнее поведение, оценка обстановки, когнитивные функции не страдают, но эмоции на некоторое время (часы) полностью выключаются. Позднее, под влиянием воспоминаний (иногда произвольных) о случившемся, эмоциональные реакции могут быть более чем живыми.

Аффективно-шоковые реакции определяются и как «острая реакция на стресс» (угрозу жизни, изнасилование, несчастный случай, преступное нападение и т. п.). Риск развития острой реакции на стресс возрастает при физическом истощении, наличии органических факторов и личностной индивидуальной уязвимости, индуцирующем влиянии окружающих. Симптоматика острой стрессовой реакции (паническое бегство, диссоциативный ступор, дезориентировка, сужение сознания, депрессия, тревога) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину, ни один из симптомов не преобладает длительное время. Проявления реакции обычно сводятся к минимуму в течение трех суток. Оставленная или затяжная реакция на психологический стресс («посттравматическое стрессовое расстройство») проявляется эпизодами повторного переживания травмы (навязчивыми воспоминаниями, фантазиями, сновидениями) на фоне отгороженности и эмоциональной притупленности, безрадостного настроения и ангедонии, избегании всего, что напоминает о стрессе. Вероятны короткие эпизоды страха, паники, ярости и агрессии, возникающие в ответ на стимулы, напоминающие о травме или о первоначальной реакции на нее. Выявляются нарушения сна, вегетативной регуляции, тревога,

депрессия, пугливость, повышенная суицидальная готовность. Посттравматическому стрессовому расстройству обычно предшествует латентный период (от нескольких недель до шести месяцев). Течение болезни волнообразное, обычно следует выздоровление, но иногда болезненное состояние затягивается на годы и переходит в хроническое изменение личности.

В ответ на резкие изменения жизненных обстоятельств (потери, миграция, безработица, положение беженца, угроза тяжелой болезни) у лиц, расположенных к дистрессу, наблюдаются расстройства адаптации. Депрессия и тревога сочетаются в таких случаях с неуверенностью в себе и в будущем, неспособностью планировать и находить нетривиальные решения, крушением веры и переживанием краха ценностей, ностальгией, ощущением одиночества и отчуждением. Возможны различные формы отклоняющегося поведения (аддикция, агрессия, суициды, регрессия и др.). Актуализация высших инстанций «Я», творческого потенциала не всегда ведет к восстановлению внутренней гармонии и интеграции прошлого и настоящего в личности.

## ПАТОЛОГИЯ ЭКСПРЕССИВНЫХ АКТОВ

**Амимия, гипомимия.** Отсутствие, ослабление мимики, жестикуляции, обеднение выразительных средств речи, монотонность интонаций, потухший, ничего не выражающий взгляд.

**Гипермимия.** Чрезмерное оживление выразительной сферы с обилием ярких и быстро сменяющихся экспрессивных актов. Гиперпродукция выразительных действий отмечается, к примеру, в состоянии кататонического возбуждения: больные громко хохочут, рыдают, издают вопли, стонут, танцуют, кланяются, маршируют, отдают честь, принимают величавые позы. Трудно определить, стоят ли за всем этим соответствующие эмоции. Описывают «псевдоаффективные» реакции с имитацией внешнего выражения аффектов, возникающие, как полагают, в результате расторможения безусловно рефлекторной деятельности. При синдроме Жиля де ля Туретта на фоне гиперкинетического возбуждения, гримасничанья, интенсивной жестикуляции и демонстративного поведения помимо воли произносятся циничные ругательства. Выразительные действия иногда имеют автономный характер — «насилованный плач, смех», как это свойственно церебральному атеросклерозу. Пациенты с синдромом психического автоматизма отмечают у себя «сделанные» мимические и пантомимические акты — «меня заставляют смеяться, плакать, изображать радость, злобу». Непроизвольные плач, хохот наблюдаются при истерии («рыдаю и не могу остановиться»). Выразительные действия могут быть диссоциированы, возникая в отрыве от соответствующих эмоциональных переживаний. Больные отмечают, что «слезы катятся сами по себе и также возникают смех, улыбка», в то время как настроение не меняется. Оживление выразительной сферы наблюдается также в маниакальных состояниях. В гашишном опьянении типичен, по выражению пациентов, «хохотун» — чрезмерная смешливость. Смех возникает по



ничтожному поводу и имеет насильственный оттенок. При височной эпилепсии наблюдаются фокальные припадки с выразительными автоматизмами — хохотом, рыданиями.

У депрессивных пациентов тяжелое настроение иногда также выражается преимущественно выразительными действиями. Так, аффективное напряжение на время «снимается», если пациент, уединившись, может «прокричаться». Или идет на футбольный матч, где есть повод «поорать», не обращая на себя внимание других. Больной сообщает, что утрами он горько «рыдает», после того чувствует облегчение. Подобные «истерики» не адресованы зрителю, они связаны с потребностью в эмоциональной разрядке.

**Парамимия.** Извращение выразительных действий. Например, о неприятном событии сообщается с улыбкой, о радостном — со слезами. Искажение в приведенном примере касается врожденных выразительных актов, проявляется как бы на витальном уровне экспрессии. Между тем существуют культурально обусловленные, конвенциональные выразительные действия. Так, свист на Руси считался способом привлечь внимание нечистой силы, а брань — методом ее отпугивания. Выразительные акты могут иметь сугубо индивидуальный характер: отдельные позы, специфические жесты, характерная мимическая игра. Приобретенные акты экспрессии составляют, очевидно, существенную часть праксиса индивидуума. При органических повреждениях коры полушарий можно ожидать появление расстройств приобретенных выразительных действий. Так, при атрофических заболеваниях головного мозга некоторые пациенты теряют представление о значении выразительных актов. Пациентка о болезнью Пика, обращаясь с просьбой, отдает воинскую честь, пытается сделать врачу подножку; уходя с беседы,—приседает в реверансе, выражая признательность,— крестится.

Расстройства эмоциональной сферы и экспрессии имеют важное диагностическое значение. Так, эйфория наблюдается при алкоголизме, прогрессивном параличе, нейролюе, опухолях лобно-базальной локализации. Пароксизмально возникающие дисфорические эпизоды при эпилепсии рассматриваются в качестве психического припадка. Дисфорические реакции весьма часто выявляются при экзогенно-органических поражениях головного мозга. Аффективная неустойчивость встречается при неврозах, астенических состояниях-, сосудистых заболеваниях мозга; в последнем случае она характеризуется также слабодушием. При шизофрении наблюдаются эмоциональное оскудение, монотонность, утрата аффективной откликаемости, паратимия, эмоциональная амбивалентность. Душевное опустошение иногда достигает степени апатии. Эмоциональная «тупость» встречается чаще при психопатии. Эксплозивность и аффективная вязкость составляют ядро свойственных эпилепсии эмоциональных изменений. Огрубение эмоциональной сферы неизбежно наступает при токсических и прочих органических поражениях головного мозга. Гипотимия, утрата эмоционального резонанса, болезненное бесчувствие

свидетельствуют о наличии депрессии, а гипертимия характеризует маниакальные состояния

### 8.1. Психология воли

Воля — способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей. Произвольной следует считать лишь такую деятельность, которая регулируется представлениями о будущих результатах этой деятельности. Волевая активность свойственна только человеку, животные лишены этой способности, хотя у них и существуют ее зачатки в виде преднамеренных действий, детерминированных возможностью появления объектов актуальной потребности. Поведение насекомых, рыб, рептилий определяется главным образом инстинктами — врожденными механизмами, динамизирующими, направляющими и контролирующими это поведение. У птиц, млекопитающих и низших приматов контроль поведения с инстинктов смещается на механизмы научения. Поведение человека определяется в основном рассудочной деятельностью. Динамизирующая функция инстинкта состоит в побуждении к действиям, повышении общей активности.

Направляющая роль инстинкта заключается в определении четкой последовательности требуемых действий. Функция контроля позволяет оценить успешность деятельности, так как конечный результат последней жестко зафиксирован в наследственной программе инстинкта. Инстинкты у человека сохранили динамизирующее значение, однако они не могут направлять и контролировать эффективность его поведения (Обуховский, 1971). Подобно раю, считает В. Франки, возврат к инстинктам для человека закрыт навсегда. Волевая деятельность регулируется мотивами — осознанными целями поведения и рациональной программой их осуществления.

Наряду с биологическими у человека существует и обычно доминируют собственно человеческие потребности. Потребность — это «нужда» в том, без чего организм не может нормально развиваться и существовать. Одной из первых, остающейся до сих пор в числе лучших, является классификация человеческих потребностей Эпикура (III—IV век до н. э.). Эпикур разграничивает три группы потребностей: естественные и необходимые (в еде, питье); естественные, но не являющиеся необходимыми (половые желания); ни естественные, ни необходимые (желание славы, патологически усиленные потребности первых двух типов — страсти).

С точки зрения А. Маслоу, реализация потенциальных возможностей личности, самоактуализация, недостижима без удовлетворения витальных потребностей (еде, сне и т. п.). Автор пытался обосновать иерархическую теорию потребностей, интегрировать потребности разного уровня, от самых «примитивных» до наиболее утонченных. «Пирамида» потребностей, по А. Маслоу, такова.

1. Физиологические потребности (в пище, воде и др.), без удовлетворения которых никакие другие не имеют побудительной силы.
2. Потребность в безопасности (в защищенности, уверенности в завтрашнем дне и др.), удовлетворение которой делает возможным развитие потребности в хорошем отношении.
3. Потребность в хорошем отношении (быть любимым, принятым в обществе, в группе, где с тобой считаются и др.).
4. Потребность в самоуважении, желание утвердить себя в деле, а не во мнении властей или большинства.
5. Потребность в самореализации, которая превращает человека в творческую личность, способную заботиться о других людях, обществе и человечестве.

По мнению Ж. Годфруа (1992), более 90 % людей останавливается на уровне поисков защищенности и хорошего отношения. Некоторые психологи считают, что подлинного расцвета личности достигают 1—2 % людей.

В. Франкл (1991) специфически человеческим считает стремление к смыслу жизни. Без него человек не более, чем говорящее животное. Проблема смысла существования стала наиболее острой в развитых «сытых» странах. Огромное число людей испытывает чувство смыслоутраты. Именно с этим связаны столь актуальные в наше время проблемы, такие, как наркомания и алкоголизм, самоубийства, агрессия, порноиндустрия и др.

Фрустрация потребностей влечет серьезные и опасные для здоровья и жизни человека последствия. Так, лишение сна уже на четвертые—пятые сутки приводит к психозу. Важно, что тяжесть и характер последствий лишения во многом определяется тревожными ожиданиями таких последствий. Воображаемая опасность подчас является ничуть не меньшей угрозой, чем реальная. Как заметил кто-то, самое страшное — это сам страх.

Волевой акт имеет своим истоком актуализацию потребности. Субъективно это переживается как смутное ощущение нехватки чего-то важного и необходимого. Объект потребности на данном этапе волевого процесса не осознан. Вторым этапом последнего волевого акта является формирование мотива — осознание содержания потребности, понимание того, что, собственно, нужно. На третьем этапе волевого акта происходит борьба мотивов. Из всех возможных в данный момент выбирается то направление деятельности, которое адекватно наиболее важной потребности. Кроме того, определяется такой способ достижения цели, который отвечает нормативным представлениям индивидуума. На четвертом этапе волевого процесса формируется план действий и принимается решение действовать (осуществляется волевое усилие). Наконец,

пятым этапом является реализация намеченного плана, внешняя деятельность в направлении цели, соотносящаяся с реальными и изменчивыми обстоятельствами.

Приведем короткие определения некоторых терминов, относящихся к поведению (по Ж. Годфруа, 1992).

Мотивация — совокупность разных факторов, определяющих поведение.

Желание — субъективное ощущение потребности, в том числе и биологической.

Мотив — формулировка причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях.

Побуждение — цель, ради которой совершается поступок. Истинная цель может быть установлена лишь после того, как действие осуществилось.

Влечение — внутреннее состояние, толкающее к определенному действию.

Импульс — динамическое проявление инстинкта, врожденной потребности.

## 8.2. Психопатология воли

Ниже описаны следующие виды нарушения поведения: нарушения активности (абулия, гипербулия); нарушения влечений; нарушения мотивации поведения (парабулия); психомоторные нарушения; другие нарушения воли. Систематика эта условна.

**Абулия.** Отсутствие стремления к деятельности, пассивность, аспонтанность, адинамия. Абулия наблюдается при различных патологических процессах. В частности, при шизофрении («утрата энергетического потенциала», «динамическое опустошение», «структурная деформация»), будучи наиболее резко выраженной при простой ее форме и в состояниях глубокого психического дефекта. Адинамия, как специфически лобный феномен («синдром сломанного пера»), впервые выделена К. Kleist в 1934 г. и заключается в бедности или полном отсутствии стремления действовать. Диапазон возникающих при этом расстройств достаточно широк: от некоторого обеднения мышления и речи до полной обездвиженности — акинезии. К. Beringer (1934) показал, что при лобных поражениях значительное торможение спонтанной активности сочетается с сохранением возбудимости на внешние воздействия. Как указывает W. Klages (1954), аспонтанность, связанная с диэнцефальными поражениями, в отличие от лобной, является выражением физиологической усталости и не сопровождается нарушениями мышления. Ослабление активности наблюдается при депрессии, определяя иногда статус больных («динамическая депрессия»). В

последнем случае характерны понимание факта упадка активности, переживание его как болезненного явления, а также стремление пациентов преодолеть это состояние. При адинамической депрессии, судя по сообщениям пациентов, снижена и способность к волевому усилию. Они знают, что и как делать, понимают необходимость действия, но не находят в себе сил его осуществить.

Ослабление импульсов к действию или вялость (в просторечии — «лень») определяется термином гипобу-лия, гиподинамия. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, переживаемого скорее субъективно, до граничащего с аспонтанностью. Ги-по- и абулия — нарушения, лишенные нозологической специфичности. Встречаются в клинической структуре различных психических и соматических заболеваний, при психопатии, последствиях органических повреждений головного мозга, наркомании.

Следует разграничивать такие сходные понятия, как гиподинамия и астения. В клиническом плане они часто находятся в отношениях смежности: астении очень часто сопутствует гиподинамия. Но так бывает не всегда. При гиперстеническом варианте астении, например, ослабления активности не наблюдается. Состояния вялости могут не сопровождаться явно повышенной истощаемостью. Из этого следует, что указанные понятия (и соответствующие им клинические явления) при значительном внешнем их сходстве не являются идентичными.

**Гипербулия.** Состояние избыточной активности с обилием разнообразных, часто сменяющихся побуждений к деятельности, а также импульсивным стремлением к немедленному достижению цели. Растормаживаются природные влечения. Деятельность в целом оказывается малопродуктивной из-за быстрой замены одних целей другими, преобладания ситуативных реакций (полевое поведение). В относительно легких случаях подъема активности продуктивность занятий может быть повышена. При резком увеличении активности возникает состояние хаотического психомоторного возбуждения.

В детской психиатрической практике встречаются гипердинамический синдром (синдром гиперактивности). Основные его признаки: общее беспокойство, раздражительность, неусидчивость, обилие лишних движений, ослабление активного внимания, незаконченность поведения, порывистость, импульсивность поступков. Резко нарушаются семейная и школьная адаптация. Состояние гипердинамии не способствует нормальному интеллектуальному развитию детей. Гиперкинетический синдром с задержкой речи, неуклюжестью, замедлением развития специальных навыков (чтение, счет и др.) обозначают как гиперкинез с задержкой развития.

Гипербулия у взрослых пациентов наблюдается в маниакальном состоянии, психическом возбуждении при разных заболеваниях. В детской психопатологии гипердинамический синдром чаще

связывают с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы — синдромом минимальной мозговой дисфункции. Кроме того он описан при эпилепсии, хроническом эпидемическом энцефалите, шизофрении, олигофрении, невротических расстройствах, а также в структуре синдрома Крамера-Полльнова (здесь он сочетается с постоянными насильственными движениями и нарастающей деменцией). У детей встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, но особенно резко бывает выражен в конце дошкольного и начале школьного возраста (Ковалев, 1979).

**Парабулия.** Патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Мотив при этом не формируется либо является неадекватным внутренней природе потребности. Отклонения в поведении могут быть разными:

— импульсивные, реактивные, нелепые и прозективные действия кататонических пациентов. Ясные мотивы поведения здесь отсутствуют, это безмотивные действия (Кербиков, 1949). К ним приближаются «странные действия», связываемые с патологией мышления и обозначаемые термином парагномен (Brze-zicki, 1950). Так, пациент распиливает пополам кошку, поскольку «деление — это закон природы». Словесная формула мотива есть тут не более, чем «речевое сопровождение», вербальная тень действия. Что на самом деле побудило больного совершить его, определить невозможно;

— неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом — здесь речь идет о психотической мотивации поведения. Последняя обусловлена тем, что пациент вместо реальности воспринимает свое болезненное «Я» в ней. При бреде преследования «спасается» или нападает, но не потому, что ему что-то реально угрожает. Вероятно, он свои неосознанные агрессивные тенденции усматривает в нейтральных действиях окружающих. То же происходит и при галлюцинациях;

— снижение уровня мотивации, регрессия личности. Так, употребление алкоголя и наркотиков бывает связано с потребностью в эмоциональном равновесии — «расстроился и выпил». Забота о «душевном покое» оказывается важнее, чем, к примеру, о своей репутации или о деле. Многие виды отклоняющегося поведения (тучность, эротизм, азартные игры, опасные виды спорта, одержимость ритмической музыкой) имеют в основе регрессию мотивации;

— избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи; перфекционизм. Результаты деятельности чаще всего бывают ничтожными. Как говорят в таких случаях, лучшее — злейший враг хорошего. Недостижимые цели парализуют активность, вызывают боязнь неудач, страх перед действием, не приносят удовлетворения от реально достигнутого;

— защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание. Свойственна невротикам, не желающим расстаться с иллюзиями в отношении себя. Уход от реальности или невротический эскапизм — это отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической защиты (отрицание реальности, вытеснение, конформизм, рационализация и др.);

— преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость. Различают первичную внушаемость — чрезмерную восприимчивость к самовнушению и гипнозу. На этой основе может формироваться зависимость пациента от врача. Врач становится как бы недостающей частью личности пациента. Первичная внушаемость объясняет, почему ипохондричные пациенты находят у себя мнимые признаки разных заболеваний — они видят то, чего боятся, а истеричные пациенты — то, чего хотят. Вторичная внушаемость обнаруживается в отношениях подчинения и связана с низкой самооценкой. Примером, с одной стороны, может служить конформность, сервилизм, а с другой стороны — авторитаризм. Массовые психические эпидемии, например, повальная вера в чудеса, возникают на почве страха, неуверенности и, конечно же, внушаемости. Внешне внушаемости противостоит негативизм. В действительности же и то и другое — разные ипостаси одного качества. Внушаемые субъекты одновременно негати-вистичны, они действуют не из рациональных оснований, а под влиянием эмоций. Внушаемость и негативизм свойственны детям. У взрослых индивидуумов эти качества указывают на незрелость или снижение личности.

### **Нарушения влечений**

Импульсивные влечения направлены на отвергаемые сознанием цели и реализующиеся без сопротивления, хотя и с последующей критической их оценкой. Импульсивные влечения возникают приступообразно, неодолимы, длятся несколько часов, дней, нередко периодически повторяются. Во время приступа пациент обычно захвачен влечением, оно идентифицируется с его «Я». Побуждения здоровой части личности за — торможены, вспоминаются как нечто далекое, чуждое, если вспоминается вообще. По выходе из болезненного состояния оценка влечения меняется — теперь уже оно воспринимается чуждым личности, чем-то посторонним, ей несвойственным. В сущности мы встречаемся здесь с феноменом двойной личности. В одном индивидууме как бы существуют две полярные личности, только действуют они попеременно. Следствием их антагонизма является борьба мотивов в начале приступа импульсивного влечения. К числу последних относят дипсоманию, дромоманию, пироманию, клептоманию, мифоманию, копролалию, гиперсексуальные приступы; влечение к азартным играм (гэмблинг) также может быть импульсивным.

Дипсомания — импульсивное влечение к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Начало запоев

связано с аутохтонными сдвигами настроения. По выходе из запоя нередко выявляются обширные провалы памяти, поскольку значительную часть времени пациент пребывает в глубоком опьянении. Вероятно, амнезия отчасти обусловлена действием механизмов вытеснения. Запой купируется самопроизвольно. Дипсомания расценивается в качестве симптома некоторых заболеваний (циклотимии, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии) — эpsilon-дипсоматический алкоголизм (Jellinek, 1962; Короленко, 1973). Встречается редко.

Дромомания (пориомания, вагобандаж)—периодически возникающее неудержимое влечение к перемене мест, скитаниям, бродяжничеству. Синдром уходов и бродяжничества встречается при некоторых заболеваниях (шизофрении, эпилепсии), но чаще наблюдается при неврозах, психопатии, нарушениях развития личности. В динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе уходы и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными (Иванова, 1972).

Пиромания — непреодолимое и немотивированное влечение к поджогам.

Клептомания — периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются в открытую, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

Мифомания — непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих. Подобно kleптоманам, мифоманы не преследуют цели выгоды, более того, своим поведением сильно подрывают себе репутацию. Их увлекает скорее не желание ввести других в заблуждение, а само действие, удовольствие доставляет сам процесс сочинительства невероятных историй. В психологическом плане подобная деятельность иллюстрирует процесс перехода мотива на цель — механизм образования новых, в данном случае патологических потребностей (А. Н. Леонтьев).

Копролалия — непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречаются при синдроме Жиль де ля Туретта. По своему происхождению ругательства или инвективная лексика связана с магией слов. Циничная брань с половой символикой берет начало от древнего культового отношения к гениталиям. Брань в этом смысле является продолжением архаичных традиций. Утратив первоначальное содержание, они сохранили прежний психологический смысл: многие из ругающихся делают это



с целью «разрядки». Появление брани у пациентов, ранее ее избегавших, свидетельствует о регрессии личности.

Нимфомания (у женщин), сатириазис (у мужчин) — импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру. Половые контакты, однако, не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать. Одна из наблюдавшихся нами пациенток с нимфоманией сообщала, что половое желание во время приступов достигает неимоверной силы. «Все внутри горит, тело само подпрыгивает, как при половом сношении. Представляю себе сношения в самых невероятных позах, мысленно проделываю такие вещи, что сказать стыдно...». Тем не менее ни при мастурбации, ни во время коитальных контактов оргазма она не испытывает, ощущает только боли; после сближений интенсивность влечения еще более возрастает. Иногда, особенно во сне, неожиданно случаются спонтанные оргазмы — обычно это бывает в периоды затишья влечения.

Высокая интенсивность сексуального влечения не является отклонением, если при этом нет физиологических нарушений. Значительно чаще, нежели нимфомания и сатириазис, встречается «эротомания» — доминирование сексуальных ценностей. Пляски вокруг «золотой свиньи» — это очевидное выражение духовного кризиса личности. В. Франкл указывает, что секс, как и агрессия, гипертрофируются в условиях экзистенциального вакуума. Сексуальность обычно нарушается по мере центрации внимания к ней. В норме она является не самоцелью, а средством сближения, выражением любовного отношения. Самый надежный стимулятор потенции и оргазма — романтизм, то есть любовь или хотя бы влюбленность.

**Расстройства на уровне инстинктов.** Встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения, родительского инстинкта. **Отклонения полового влечения** многообразны.

Гомосексуализм — ориентация полового влечения на лиц одноименного пола.

Происхождение гомосексуализма связано с врожденным либо возникающим в результате социальных влияний нарушением половой идентификации. Устойчивая половая самоидентификация складывается в двум годам жизни ребенка. Сравнительно редкие случаи врожденного гомосексуализма с детства проявляются рядом особенностей: играми, тягой к сверстникам другого пола, нежеланием носить одежду своего пола, характерным выбором психологических и социальных ролей. Самые первые романтические чувства имеют четкую гомосексуальную ориентацию, как и

последующие состояния влюбленности. К гетеросексуальным контактам испытывается полное равнодушие либо непреодолимое отвращение. Значительно чаще гомосексуальная ориентация либидо является не врожденной, а формируется под влиянием разных причин: материнская гиперопека, негативные отношения с родителями другого пола, отрицательный опыт контактов с сибсами своего пола, артистическая среда, изоляция (лишение свободы, интернат и т. п.), страх повторения неудачных гетеросексуальных контактов и др. Тожественные в социальном плане лицам своего пола, в психологическом отношении многие гомосексуалисты обнаруживают сходство с людьми противоположной половой принадлежности. Сексуальная инверсия может сочетаться с адекватной социальной и психологической идентификацией. Сексуальная ориентация часто бывает двойственной — бисексуализм. Гомосексуализм может быть латентным, неосознанным, порождая в этом случае различные психологические проблемы. Собственные гомоэротические тенденции, не осознаются, если противоречат культурным традициям общества, так как блокируются механизмами психологической защиты (репрессия, вытеснение). На сознательном уровне это может выражаться гомофобией — ненавистью к гомосексуализму и тем, кто ему привержен.

Женский гомосексуализм обозначают терминами сапфизм, трибадия, лесбийская любовь; мужской — уранизм. Гомоэротическое влечение к взрослым мужчинам — андрофилия, к подросткам — эфебофилия, а у женщин соответственно гинекофилия и корофилия. Сексуальная инверсия по отношению к детям называется гомосексуальной педофилией. Активный партнер в гомосексуальных контактах — это педикатор, пассивный (в актах мужеложства) — патикус или кинэдэ. Наиболее распространенным вариантом гомосексуальных контактов является взаимная мастурбация — манипулирование партнерами гениталиями друг друга.

Сексуальное меньшинство составляет 2—5 % взрослого населения. В это число не входят лица с бисексуальной ориентацией. В подростковом возрасте эпизодические гомоэротические контакты имеют до 30 % мальчиков. Согласно опросам Кинси в 1947 г. 20 % женщин и 40 % мужчин хотя бы 1 раз имели гомосексуальные контакты.

Гомосексуализм не является заболеванием, относится к девиантным или отклоняющимся формам поведения. При психических расстройствах, нередко разрушающих барьеры психологической защиты, латентный гомосексуализм может стать явным, манифестным.

Садизм — стремление причинить половому партнеру физическую боль, нравственное страдание с целью сексуального возбуждения. Садистские наклонности могут ограничиваться сексуальными фантазиями. Нередко сочетаются с другими половыми отклонениями (гомосексуализм, педофилия и т. п.).

Под садизмом понимают также потребность полного господства над половым партнером, овладение им в такой степени, что ему можно причинять боль и унижение.

Мазохизм — потребность в ощущении боли или страдании, исходящими от полового партнера и необходимыми для сексуального возбуждения и достижения оргазма.

Фетишизм — направленность полового влечения на отдельные части тела или предметы туалета. Их созерцание является основным условием сексуального возбуждения. Коитус бывает не обязателен, если заменяется мастурбацией. Современную разновидность фетишизма представляет сожитительство с надувными куклами, использование суррогатных половых органов. Половыми фетишами могут стать экскременты, органы, запах, косы, обувь, цвет кожи партнера и многое другое. Целям сладострастия может служить подглядыва-ние за интимными сценами других людей или наблюдение в зеркале за собственным половым актом — вуайеризм.

Пигмалионизм — направленность полового влечения на скульптуры или изображения тела, их созерцание с целью сексуального возбуждения. С этой же целью разглядываются произведения порнографической индустрии.

Нарциссизм — или патологический аутоэротизм — появление полового вожделения при разглядывании собственного тела. В более широком понимании к патологическому (навязчивому) аутоэротизму относят достижение оргазма без участия партнера с помощью различных способов самовозбуждения. Специфическим видом женского аутоэротизма является синдром Хевлок-Эллиса: самостимуляция достигается воздействием водяных струй на эрогенные зоны. При синдроме сексуальной асфиксии это делается посредством удушья при самоповешении и иных способах искусственного кислородного голодания.

Орализм — отклонение, при котором оргазм возможен только посредством раздражения гениталий губами или языком партнера.

Анализм — нарушение, при котором оргазм достигается лишь с помощью механической стимуляции прямой кишки, в частности, путем анального коитуса.

Транссексуализм — расстройство, при котором индивидуум не может принять принадлежность своего тела к биологическому полу, а также вытекающую из половой принадлежности социальную роль. С этим связана ненависть к своему телу, стремление изменить свой анатомический и паспортный пол, потребность носить одежду противоположного пола. Сексуальное влечение имеет гомоэротическую ориентацию, хотя для многих транссексуалов половая жизнь не имеет большого значения. Под транссвестизмом (эонизмом, метатропизмом) понимают отклонение, при котором

половое удовлетворение достигается при переодевании в одежду другого пола.

Вампиризм — сексуальное удовлетворение наступает благодаря вкусу крови партнера (кровь выделяется после укусов до или во время полового акта).

Синдром неразличения сексуального объекта — полидевиантное половое нарушение в виде комбинации множества разных сексуальных нарушений.

Наблюдаются и другие половые отклонения: педофилия — половое влечение к детям, геронтофилия — к лицам старческого возраста, некрофилия — к трупам, содомия — к животным, инцест или кровосмешительство — к кровным родственникам (до четвертой степени родства); эксгибиционизм — стремление к обнажению половых органов в присутствии лиц другого пола; фроттеризм — достижение оргазма путем трения гениталий о тело партнера в толпе; пиромания — созерцание огня с целью полового удовлетворения; копрофемия — циничная брань в присутствии партнера (или по телефону), преследующая сексуальные цели, является разновидностью садизма; плюрализм — групповой секс. В сексуальных оргиях, к примеру, женщина одновременно реализует два или даже три вида половых контактов: генитальный, анальный и орально-генитальный (минет). Перечень половых перверзий приведенными здесь не ограничивается. — «А, впрочем, прихоти не знают меры, любовь впадает в ереси, как вера», — заметил по этому поводу Д. Байрон. Онанизм — сексуальное удовлетворение достигается путем механического раздражения половых органов или яркими представлениями эротических сцен (психический онанизм). Онанизм рассматривается как патология, если ему отдается предпочтение перед нормальной половой жизнью или он сочетается с другими половыми отклонениями. Опасность онанизма сильно преувеличена, значительно больше вреда причиняет онанофобия — страх дурных последствий онанизма.

Весьма часто встречаются **психогенные нарушения половой функции**. Как известно, физиологическую основу сексуального поведения составляет «цикл сексуальных реакций». Этот цикл включает две фазы: возбуждение и оргазм. В фазу возбуждения происходит кровенаполнение гениталий, наблюдаются общевегетативные сдвиги. В фазе оргазма выявляются регулярные сокращения гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры с интервалом 0,8 секунды. У мужчин это приводит к эмиссии (переходу семенной жидкости из семенных пузырьков в уретру) и эякуляции (изгнанию спермы из полового члена). Вслед за оргазмом наступает рефрактерный период, когда повторный оргазм невозможен. У женщин этого периода часто не бывает. В заключительной фазе сексуального цикла кровенаполнение гениталий возвращается к исходному уровню, переживается чувство разрядки, удовлетворенности (если половой акт протекал без нарушений).

Из множества сексуальных расстройств, какие встречаются у взрослых гетеросексуалов, отметим наиболее частые. В фазу возбуждения у мужчин это несостоятельность эрекции, у женщин — вагинизм. В фазу оргазма у мужчин — преждевременная и заторможенная эякуляция, а у женщин — первичная и ситуационная аноргазмия.

**Несостоятельность эрекции (импотенция).** Определяется как неспособность мужчин достичь эрекции удовлетворительного качества или длительности, достаточных для интромаиссии (проникновения во влагалище).

Одной из наиболее важных причин импотенции являются напряженные межличностные отношения партнеров. Имеет значение пониженная самооценка, неуверенность, страхи, центрация внимания на физиологических аспектах секса. В психиатрической практике наблюдается при астенических, депрессивных, ипохондрических и других болезненных состояниях.

**Вагинизм.** Синдром спастического сокращения мышц влагалища и тазового дна во время совокупления. Половой акт становится невозможным из-за сужения входа во влагалище и сильных болей. Причиной вагинизма являются страхи, неуверенность в безопасности партнера, гинекологические заболевания, травмы и болезненные манипуляции (операции, инструментальные исследования и др.), травматичная сексуальная инициация. Определенное значение имеет воспитание в пуританских традициях, и как следствие этого, отрицательное отношение к половой жизни (отвращение, осуждение).

**Преждевременная эякуляция.** Последняя наступает столь рано, что партнерша не успевает достичь оргазма, хотя и способна на это. Возникает как по физиологическим (высокая нервно-психическая возбудимость), так и психологическим причинам (например, ранний сексуальный опыт в условиях, требующих быстрого завершения полового акта).

**Задержка эякуляции.** Проявляется неспособностью к эякуляции во время полового акта. Встречается редко. Может быть причиной импотенции.

**Диспареуния психогенная.** Боли в половых органах во время полового сношения, обычно у женщин, возникают без явных физических причин.

**Аноргазмия.** Проявляется тем, что женщина ни при каких обстоятельствах неспособна испытывать оргазм или утратила такую способность в коитальных актах, обладая ею ранее. Появление аноргазмии связано со сдерживающим сексуально-негативным воспитанием, половыми нарушениями у партнера, нарушениями межличностных отношений. При синдроме мнимой аноргазмии оргазм достигается лишь при эффективной стимуляции клитора.

Вышеупомянутые половые расстройства обусловлены невротическими, а также неврозоподобными и органическими нарушениями при многих соматических и психических заболеваниях.

**Нарушения пищевого влечения.** Булимия — усиление влечения к пище, необычайная прожорливость, повышенное и неутолимое чувство голода. Нередко является симптомом межзачаточной гипопитуитарной патологии, ряда эндокринных заболеваний. При синдроме Кляйн-Левина сочетается с приступами повышенной сонливости. Встречается также при психических расстройствах: у пациентов с кататоническими нарушениями, при прогрессивном параличе, глубокой умственной отсталости. Избыточное потребление пищи может быть обусловлено психогенными факторами — еда становится способом удовлетворения других, не пищевых потребностей. Например, с целью устранить эмоциональное напряжение, недовольство, для того, чтобы развлечься, развеять скуку, почувствовать уверенность в себе, получить удовольствие, показать окружающим свое превосходство. Пищевая интоксикация данного типа является наиболее распространенной причиной тучности.

Анорексия — утрата чувства голода. Встречается при синдроме Симмондса, синдроме Шиена, некоторых эндокринных заболеваниях. Нередко наблюдается при психических заболеваниях — психическая анорексия. Например, в острых психотических состояниях, депрессии, кататоническом состоянии. Алкогольная анорексия — исчезновение чувства голода в опьянении и абстиненции у больных алкоголизмом. В пубертатном возрасте, чаще у девочек, встречается нервная анорексия — первоначально намеренное воздержание от еды позже влечет угасание чувства голода, отвращение к пище. Эмоциональная анорексия — избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов, имеющие причиной принудительное кормление в детстве.

Полифагия — стремление есть то, что не относится к пищевым продуктам. Так, в течение ряда лет пациентка ест известь, песок, кусочки красного кирпича, золу. Делает это перед едой несколько раз в день. Пациентка вынуждена так поступать, иначе, по ее словам, она не может поесть. В физиологических условиях полифагия бывает у беременных, наблюдается также у детей. В ряде стран Востока и Африки в качестве пищевого продукта и даже деликатесов традиционно используют некоторые сорта глины, и это не является патологией. Полифагия встречается при шизофрении, прогрессивном параличе, тяжелой умственной отсталости. Несъедобные предметы наркоманами глотаются иногда с целью добиться назначения наркотиков, депрессивными пациентами — с суицидальными намерениями, а больными с синдромом Мюнхгаузена для того, чтобы вводить врача в заблуждение и подвергнуться операции.

Пика, парарексия — пищевые прихоти, обусловленные сверхценным или бредовым отношением к пище. Больные предпочитают есть, например, что-то одно: сухари, шоколад, овощи, компот, блюда из

печени или изобретают особые, причудливые диеты. Пищевые прихоти могут приобретать странный, нелепый характер. Так, больной шизофренией испытывает «нужду в солях калия, животных белках», время от времени переходит на прием больших количеств «углеводов и препаратов кальция» или не ест ничего, кроме овсяной каши.

Полидипсия — неутолимая жажда. Встречается в основном при эндокринных заболеваниях, межлужочно-гипофизарной патологии. Реже отмечается психогенно обусловленная разновидность полидипсии. Повышенное потребление воды свойственно маниакальным состояниям, в депрессии, напротив, выявляется олигодипсия.

**К нарушениям инстинкта безопасности** (самосохранения) относится страх, агрессия и суицидальное поведение.

Страх — переживание человеком непосредственной опасности для жизни, здоровья или социального благополучия. В норме страх возникает в ситуации, реально угрожающей безопасности индивидуума. Появление болезненных страхов во многом зависит от способности оценивать ситуацию. Неадекватная оценка может повлечь страх там, где объективно для него нет оснований (умственная отсталость, сниженная самооценка, недостаток опыта, детский возраст, психическое заболевание). Часто встречаются преувеличенные или сверхценные страхи. Страх может возникать аутохтонно, то есть без внешних поводов — протопатический страх. Встречаются навязчивые, бредовые страхи, а также припадки эпилепсии в виде страха. Проявления страха многообразны, но основными являются две его формы:

возбуждение и заторможенность. Возбуждение на высоте страха может принимать вид панического бегства, а заторможенность достигать степени ступора. Одной из форм страха является ипохондрия — страх за здоровье. Могут быть разграничены следующие градации ипохондрии: страх смерти; страх за физическое здоровье; страх за психическое здоровье; страх за внешний вид. К проявлениям страха относится также тревога. Тревога — беспредметный, неосознанный, проецируемый в неопределенное будущее страх.

Агрессия — поведение, направленное на устранение источника опасности, действительного или мнимого. В широком смысле агрессия — это установка личности на преодоление препятствий к достижению цели: настойчивость, упорство, твердость. Агрессия может быть пантомимической или экспрессивной (угрожающей позы), аффективной (гнев, злоба), вербальной (словесные угрозы), импульсивной (разрушительные действия), враждебной (целенаправленное нанесение вреда), инструментальной (является средством достижения иной цели), индуцированной (в толпе, которой внушен образ врага). На уровне собственно человеческих проявлений агрессия выражается отвращением, ненавистью к причинам,

порождающим насилие, разрушение природы. Агрессивные тенденции у психиатрических пациентов встречаются не чаще, чем у здоровых индивидуумов. Агрессивность нельзя считать первичным, биологическим симптомом душевного заболевания. Большей частью агрессивные действия пациентов являются реактивными и выражают преморбидные установки личности. С психоаналитических позиций агрессивность формируется в раннем детском возрасте в ответ на насилие взрослых (пеленание, подавление свободы, принуждение, наказания). Подавление агрессии приводит к неврозам. Коррекция агрессии возможна путем переключения в социально приемлемое русло. Если детские агрессивные импульсы подавляются, не социализируются, то у взрослого человека агрессия сохраняется в своем первозданном, архаическом виде.

Самоубийство (суицид) — агрессия, направленная на себя, аутоагрессия. Существующее многообразие форм самоубийства отражает влияние на отношение человека к себе различных причин: социальных, психологических, биологических. Приведем описание некоторых видов самоубийства:

— самоотречение — фанатичная жертва собою ради достижения отвлеченных целей. Самоотречение может стать особой формой существования. Вызывая невольное уважение, такой стиль жизни не может не настораживать, — человек, отрекающийся от себя, едва ли сумеет считаться с интересами других людей;

— институциональное самоубийство — совершается по мотивам, отражающим репрессивные, этические предписания общества или космогонические представления (например, самосожжение буддистов);

— итоговое самоубийство — человек убивает себя, зная наверное, или ошибочно думая, что вскоре умрет мучительной либо позорной смертью;

— альтруистическое самоубийство — добровольная смерть ради спасения других. В. Франкл не считает суицидальные мотивы альтруистическими, указывая, что в большей части случаев самоубийство диктуется побуждениями личного характера;

— платоническое самоубийство — совершается по идейным соображениям, например, для доказательства собственной правоты, из нежелания отказаться от своих убеждений (смерть Сократа);

— индуцированное самоубийство — реализуется под влиянием внешнего внушения или скрытых форм манипулирования сознанием;

— самоубийство, отражающее факт обесценивания или непонимания ценности своей жизни. Например, самоубийство в играх детей;

— демонстративное самоубийство — совершается как демонстрация своего мужества; в иных случаях это проявление отчаяния, иногда



последней просьбы о помощи. Используется также как средство давления на окружающих (суицидальный шантаж);

— самоубийство, как образ жизни. Одной из самых распространенных форм аутодеструктивного поведения являются алкоголизм, наркомания;

— скачкообразное самоубийство — покушение на свою жизнь во время приступа невыносимой боли, как физической, так и душевной.

Все вышеперечисленные виды самоубийства не связаны с какой-либо психической патологией в том смысле, что совершающие их люди не страдают собственно душевными заболеваниями. У психиатрических пациентов самоубийство находится в связи с различными психическими нарушениями. В зависимости от характера последних могут быть разграничены следующие клинические варианты суицидного поведения:

— импульсивное самоубийство — внезапное, не имеющее мотивации и психологически необъяснимое. Суицидальный акт совершается как бы машинально любым способом, вытекающим из сиюминутной ситуации. Так, если на глаза попадается нож, следует удар в область сердца или шеи; при виде ядовитой субстанции используется она; идя по мосту, больной столь же бездумно бросается в воду, а на улице — под машину; случайно подвернувшимся лезвием вскрывается вена и т. д. Оставшиеся в живых, пациенты не выказывают ни радости по поводу того, что не погибли, ни огорчения своей неудачей, и вообще они не могут толком объяснить, что собственно, случилось. Суицидные импульсы молниеносны, непредсказуемы, время от времени могут повторяться. Данный тип самоубийства мы наблюдали у кататонических пациентов;

— эпилептиформное самоубийство — суицидальные действия, совершаемые в состоянии эпилептиформного возбуждения. У оставшихся в живых пациентов воспоминаний о суициде не сохраняется;

— галлюцинаторное самоубийство — обусловлено императивными галлюцинациями суицидного содержания. Иногда обманы восприятия создают у пациента представление о столь безвыходной ситуации (сценopodobные слуховые и аналогичного типа зрительные галлюцинации), что у больного как бы не остается лучшего выбора, кроме покушения на свою жизнь. Иногда голоса обещают новую, лучшую жизнь «в том мире» и пациент охотно соглашается на переход туда посредством суицида;

— бредовое самоубийство — чаще обусловлено бредом преследования и воздействием той мнимой ситуации, в которой самым благоприятным исходом, как решает пациент, является самоубийство. Суициды встречаются также у пациентов с бредом смертельной болезни, бредом перерождения (через смерть пациент надеется возродиться в ином, более высоком качестве), в связи с

бредовой деперсонализацией (идентификация с выдающейся личностью, покончившей с собой);

— депрессивное самоубийство — по-видимому, одно из наиболее частых. Связано с идеями греховности, самообвинения, переживанием смыслоутраты. Возможно «расширенное» самоубийство — вначале пациент убивает близких, считая, что их ждет мучительная участь, и им лучше принять смерть, нежели подвергаться невыносимым страданиям. После гибели близких он без колебания убивает и себя. Вероятность самоубийства не имеет прямой связи с глубиной депрессии. Депрессивные пациенты нередко тщательно скрывают суицидные намерения, главным образом потому, что считают их глубоко личным делом, а также из опасения противодействия окружающих. Самоубийства могут совершаться ранним утром, когда депрессия бывает особенно тяжела, или в другое время суток, если представляется более подходящий случай. Предпочитаются такие способы самоубийства, которые не оставляют надежды на спасение жизни. Так, больной покончил с собой, положив голову под кузнечный пресс. Другой пациент, действуя наверняка, вскрыл на обеих руках и в разных местах вены, сделал то же с яремными венами, а затем сдавил, как мог, полотенцем шею. Или пациент совершил попытку самоповешения, углубившись в тайгу, и разжег под деревом костер, чтобы затем сгореть. Столь странные самоубийства могут указывать на депрессию у больных шизофренией;

— невротическое самоубийство — отражает влияние психических нарушений невротического уровня реагирования (деперсонализация, истерия и др.). Если нервную анорексию рассматривать в суицидальном контексте, то она могла бы стать моделью невротического самоубийства. Во всех иных случаях невротических расстройств суицидные тенденции, хотя и часты, но обычно амбивалентны и сравнительно редко реализуются. При истерии нередко наблюдаются попытки бутафорского самоубийства;

— реактивное самоубийство — связано с депрессивной реакцией на психотравмирующую ситуацию, действительную или, что также случается, только кажущуюся. Так, самоубийство иногда совершается после осознания факта психического заболевания. Весьма часты аутоагрессивные действия у психопатических личностей возбудимого типа в состоянии аффекта. Фактором, значительно облегчающим реализацию суицидных импульсов, является при этом опьянение (алкогольное, барбитуровое);

— самоповреждение (членовредительство), как один из видов аутодеструктивного поведения. Встречается не только у здоровых субъектов (самоистязание по религиозным причинам с целью смирения плоти — флагеллантизм, членовредительство из корыстных соображений), но также у пациентов с психическими отклонениями. Так, больной с явлениями деперсонализации (телесной анестезией) сжег в печи кисти обеих рук, надеясь тем самым «почувствовать себя». У пациентов, находящихся на грани

распада личности, встречается иногда совершенно немотивированное влечение к членовредительству. Нам известен случай, когда больной с шизофренической деменцией, пользуясь малейшей возможностью свободы действий, повредил себе обе барабанные перепонки, сделал энуклеацию обоих глазных яблок (пальцем!), пытался вскрыть вены, травмировал себе носовые ходы и гениталии.

Опыт наблюдений за суицидальным поведением пациентов и здоровых индивидуумов убеждает в том, что важным внутренним условием самоубийства является эгоцентрическая структура личности или регрессия на данный уровень личностного функционирования. В конце концов дело сводится к тому, что собственная жизнь, внешность, болезнь, свое положение или личное страдание находятся в центре внимания суицидента. Социальные влияния, как непосредственные, так и ранние (задерживающие развитие личности) имеют важное, но, вероятно, лишь дополнительное значение в генезисе суицидального поведения. Так, среди узников фашистских концентрационных лагерей, вопреки ожиданиям, частота самоубийства была очень низкой. Коэн объясняет это столь глубокой регрессией личности, что она низводилась до «животного уровня», когда все побуждения сходились к тому, чтобы выжить. Из потребностей оставались совсем немногие — в еде, сигаретах и в теплой ванне. Не возникало даже сексуальных проблем, весьма острых для обычных заключенных. Что касается гипотезы врожденного влечения к смерти или представления об инверсии инстинкта самосохранения, то признание подобных причин самоубийства скорее отражает специфику понимания природы человека, нежели что-то объясняет по существу. Следует подчеркнуть, что суицидальное поведение не является первичным симптомом психического расстройства. Последнее может, разумеется, подтолкнуть к суициду, облегчить его осуществление, но оно не может быть его основной причиной.

Патология родительского чувства, насколько нам известно, практически не описана в психиатрической литературе. Возможно потому, что отождествляется с нарушением сексуального влечения. Между тем это совершенно разные вещи не только для человека, но даже у животных. Согласно сводке исследований по иерархии инстинктивных потребностей животных, которую приводят Р. Конечный и М. Боухал (1983), материнский инстинкт занимает по важности первое место, в то время как сексуальное влечение — лишь четвертое в списке из пяти инстинктов. В этом не трудно убедиться и на повседневном клиническом опыте. Потребность иметь детей может быть очень сильной у холодных в сексуальном отношении женщин, а с другой стороны, «секс-бомбы» испытывают отвращение к материнской роли. Бывает и так, что сексуальное влечение, отсутствующее в генеративный период жизни, пробуждается во время или после климакса, и, напротив, иногда возникает до появления биологической зрелости.

Фрустрация родительской потребности может быть причиной невротических расстройств поведения: это конфликты в семье, острое чувство неполноценности, ощущение смыслоутраты. Встречаются аномальные формы поведения: жизнь «в свое удовольствие», враждебность к детям, презрительное отношение к семьям с детьми, другие защитные стратегии. С рождением ребенка с уродством у многих родителей возникают мучительные самобичевания. Для искупления мнимой своей вины последующая их жизнь иногда приносится в жертву — все время и силы уходят на поиск возможности исправить дефект, хотя ничего уже сделать было нельзя. Появляется панический страх повторных родов. Тяжелейшей травмой, могущей повлечь развитие психотического состояния, является потеря ребенка. Иногда, напротив, встречаются труднообъяснимые случаи ненависти родителей к своим детям. В одном из них мать на протяжении многих лет буквально преследовала сына, пытаясь всячески дискредитировать, помешать его социальному росту и семейному счастью. Родительская потребность может звучать в содержании психотических переживаний. Так, в остром психозе пациентки нередко оказываются в ситуации мнимых родов. Другие «рожают» огромное количество детей. Синдром ложной беременности, несомненно, связан с неосуществимым в реальности желанием иметь ребенка. Встречаются больные, которые в психозе «убивают» своих детей. Некоторые пациенты с бредом ревности отказываются от детей, считая их «чужими». Разумеется, связывать упомянутые нарушения с повреждением на уровне родительского инстинкта было бы рискованно. То же самое можно повторить о других инстинктах человека. Остается все меньше надежды понять природу человека с физиологических позиций, поскольку в нем непостижимым образом соединяются и «соль земли, и свет мира».

**Психомоторные нарушения.** Психомоторные нарушения проявляются немотивированными, бездумными, близкими к гиперкинезам движениями и действиями, а также состояниями обездвиженности.

**Негативизм.** Бессмысленное противодействие требованиям ситуации, а также собственным побуждениям к деятельности («внутренний негативизм», амбивалентность). При активном негативизме совершаются поступки, обратные адекватным. При пассивном негативизме наблюдается отказ от выполнения целесообразных действий. Негативизм может проявляться не только моторными актами, но и в речи. Так, больная говорит: «Сегодня не понедельник, не пятое февраля. Я не лежу в больнице, я не больная. Нет, я не здоровая. У меня мужа нет. Он был, но не сплыл, его не было, но он всплыл, зовут его не Иван...». Негативистичные больные плохо вступают в контакт, могут вовсе не отвечать на вопросы, не разговаривать вообще — мутизм. Во время беседы сидят, отвернувшись в сторону, глядят в пол, не смотрят на собеседника, стискивают зубы, пытаются уйти. Негативизм может быть генерализованным и элективным, избирательным. При тотальном (генерализованном) варианте негативизм распространяется на всех

окружающих и самые различные ситуации. Элективный негативизм выражен в отношениях с отдельными людьми и связан с относительно узким кругом ситуации. Негативизм, как упоминалось, может быть не только к внешним воздействиям, но и к внутренним импульсам. Так, кататонический пациент не может пойти в туалет или же, будучи там, не в силах сделать то, что нужно, отчего бывает неопятен мочой и калом. Не удается ему сглотнуть или выплюнуть слюну, и она переполняет ему рот — симптом псевдоптиализма Осипова. В норме негативизм наблюдается у детей в возрасте 3—4 лет — физиологический негативизм. Последний указывает на появление автономии, «самости» личности, знаменуя важный этап в развитии самосознания. Негативизм свойствен незрелым личностям, сосуществуя с повышенной внушаемостью, сопутствует различным болезненным состояниям. У кататоников, в отличие от прочих пациентов, лишен мотивации.

**Автоматическая подчиняемость (проскинезия Леонгарда).**

Безусловное подчинение всем требованиям, как бы неприятны или неприемлемы они ни были. Встречается у кататоников. Относительно легкие формы подчиняемости соответствуют повышенной внушаемости, конформности.

**Эхопраксия.** Непроизвольное, иногда многократное повторение движений, действий, поступков окружающих.

**Стереотипии.** Однообразие в поведении. Например, больной постоянно находится в одной и той же позе, совершает одни и те же действия, занимает строго определенное место в палате, повторяет какое-либо движение несколько раз подряд (двигательные итерации). При речевой стереотипии пациент изо дня в день повторяет с неизменной интонацией одну или несколько фраз, не говоря ничего другого. Например, спрашивает врача: «Как вы себя чувствуете?».

**Акинезия.** Обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности действовать при побуждении извне.

**Ступор.** Обездвиженность, оцепенение. Различают следующие виды ступора: кататонический — включает обездвиженность, мутизм и повышение мышечного тонуса; депрессивный — («мрачное оцепенение») — двигательное торможение, связанное с депрессией; психогенный — обездвиженность, возникающая в ответ на действие шоковой психической травмы; галлюцинаторный — обездвиженность, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций; бредовый — оцепенение,

являющееся бредовой формой поведения; экстатический — обездвиженность, возникающая на высоте экстатического аффекта; маниакальный — двигательное торможение при маниакальном состоянии; экзогенный — состояние обездвиженности, возникающее в результате токсического или инфекционного поражения стриопаллидарных отделов мозга, например, пост- или

метэнцефалитический ступор; апатический—состояние аспонтанности в сочетании с полным безразличием, наблюдающееся при лобных поражениях, затяжных симптоматических психозах, кахексии, черепно-мозговых травмах, прогрессивном параличе, шизофрении. В связи с явлениями апрозексии (полным выпадением внимания, как активного, так и непроизвольного) имеет место апатическая дезориентировка. Сознание не нарушается. Апатический синдром — обездвиженность, возникающая в результате выключения коры больших полушарий и преобладания активности стволовых механизмов. Описание и термин принадлежат Э. Кремеру. Характерны апрозексия, отсутствие эмоциональных реакций, выпадение произвольных движений, отсутствие психических актов, составляющих содержание сознания при отсутствии собственно помрачения сознания. Описан при прогрессирующих атрофических заболеваниях старческого и предстарческого возраста, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях, опухолях, интоксикациях, воспалительных заболеваниях головного мозга.

**Паракинезии (парапраксия).** Манерность, вычурность, карикатурность движений и действий. Больные гримасничают, говорят ломаным языком, принимают неестественные позы, по-особому ходят (например, только на пятках), необычным образом выполняют какие-либо действия (например, шапка снимается рукой, протянутой под коленом). Искажение формулы движений и действий носят в данном случае характер неокинезии. Двигательные новообразования, наблюдающиеся также в детском возрасте (синдромы раннего детского аутизма), показывают, что психологическую основу паракинезии составляет наиболее ранняя форма фантазирования — двигательные фантазии, предшествующие более сложным патологическим игровым фантазиям.

**Двигательное возбуждение — гиперкинезия.** Наблюдаются различные виды: депрессивное — (меланхолический раптус) связано с состоянием мучительной, непереносимой тоски, безысходного отчаяния; тревожная ажитация — немотивированное двигательное беспокойство, связанное с состоянием тревоги и аффективного напряжения; маниакальное — повышение двигательной активности, свойственное маниакальным состояниям; галлюцинаторное и бредовое обусловлено галлюцинациями и бредом; эпилептиформное связано с приступом глубокой дисфории, экстатического аффекта или сумеречного помрачения сознания; эретическое—эпизоды бессмысленных разрушительных, агрессивных или аутоагрессивных действий во время психоза у пациентов с умственной отсталостью; психогенное — паническое возбуждение, наблюдающееся при аффективно-шоковых реакциях; выделяют двигательное — в состоянии помрачения сознания — делирии, аменции; речедвигательное — повышенная говорливость, речевой напор маниакальных пациентов; кататоническое — двигательное возбуждение с преобладанием моторных и речевых стереотипии, паракинезии, импульсивных, реактивных, нелепых и выразительных действий.

Существует, на наш взгляд, возможность клинико-патогенетической систематики состояний психомоторного возбуждения. В основу ее может быть положена шкала тяжести продуктивных психопатологических синдромов А. В. Снежневского (1960). В соответствии с нею ряд состояний возбуждения, отражающих тяжесть лежащих в его основе нарушений, может быть следующим:

- связанное с сенестопатическими атаками (беспокойство, учащение дыхания, частые глотательные движения, вынужденные и постоянно меняющиеся позы, потирания, массирование разных частей тела, размахивания руками и прочие объективные признаки сенестопатий);
- аффективные формы — тревожный и меланхолический формы раптуса, маниакальное, эрэтическое возбуждение олигофренов; возбуждение эпилептических пациентов в дисфорическом состоянии, психогенное;
- ипохондрический раптус, возбуждение истеричных пациентов, возбуждение во время острых деперсонализационных кризов, возбуждение ананкастных больных во время наплыва тревоги и ритуальных действий;
- бредовое;
- галлюцинаторное;
- кататоническое;
- в состоянии спутанного сознания.

По этому принципу могут быть упорядочены и ступорозные состояния.

В развитии психомоторного возбуждения, как представляется, могут быть установлены три основные степени:

- повышенная активность пациента в целом соответствует направленности личности (непсихотические варианты возбуждения). На верхней грани такого возбуждения появляется быстрая смена ориентации деятельности, что указывает на появление растерянности;
- при более тяжелом психомоторном возбуждении действия пациента направляются ложными представлениями или вовсе не имеют мотивации (галлюцинаторно-бредовая, кататоническая, сумеречная, связанная с делирием и онейроидом формы возбуждения);
- последняя степень возбуждения представлена крайней дезорганизацией психической энергии, предельным дроблением, хаосом в потоке мыслей, действий, слов, отражая тем самым распад

ткани сознания. В дальнейшем возбуждение приобретает гиперкинетический характер — это беспорядочное чередование простейших движений и звуков, как, например, при аменции.

**Другие нарушения воли.** Нарушения волевой активности могут быть на стадии борьбы мотивов, принятия решения, на этапе волевого действия, и, не связанные с психозом, указывают на расстройства личности. Так, неспособность принять решение, склонность к сомнениям, неуверенность в правильности действий свойственны психопатии психастенического склада. Решение действовать может приниматься мгновенно, без борьбы мотивов, под влиянием аффекта, минутного настроения или случайной прихоти, обнаруживая тем самым слабость контролирующей функции воли. Такая импульсивность поведения присуща психопатическим личностям возбудимого склада, пациентам с органическими поражениями головного мозга, наблюдаются также при психопатопоподобных состояниях. Задержка волевого акта на стадии борьбы мотивов выражается амбивалентностью — сосуществованием полярных побуждений, из которых ни одно не будет реализовано или к моменту принятия решения время уходит. Поведение часто страдает и в том смысле, что намеченный план действий осуществляется без учета меняющихся обстоятельств — ригидность. План действий может быть необдуманым и потому заранее обреченным на провал. Эта нерасчетливость выливается в бестолковую суетливость, когда пациент не имеет ясного представления о последовательности своих действий. Недостаток волевого усилия сводит на нет предыдущую подготовку действий — обычно он связан с боязнью ответственности за последствия своего поведения. В других случаях реализация намерений оказывается неполной или даже невозможной из-за недостатка упорства или вследствие повышенной внушаемости. Расстройства поведения иногда отражают неспособность к произвольному формированию дополнительных побуждений, меняющих либо усиливающих смысл действий посредством намеренного преобразования значимости мотивов (понижение или повышение их ценности) на основе предвидения и переживания последствий действия.

*Психопатология. Часть II*  
В.А. Жмуров

" ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМОЛОГИИ

" ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

" ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЯ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

" ГЛАВА 4. СИНДРОМЫ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

" ГЛАВА 5. СОЗНАНИЕ, БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ, САМОСОЗНАНИЕ.  
НАРУШЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ

" ГЛАВА 6. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

" ГЛАВА 7. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ



- " ГЛАВА 8. КАТАТОНИЧЕСКИЙ И ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ
- " ГЛАВА 9. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ
- " ГЛАВА 10. ПРИПАДКИ
- " ГЛАВА 11. АМНЕСТИЧЕСКИЙ (КОРСАКОВСКИЙ) СИНДРОМ
- " ГЛАВА 12. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
- " ГЛАВА 13. ПСИХОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА
- " ГЛАВА 14. СОН И НАРУШЕНИЯ СНА
- " ГЛАВА 15. ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ
- " ГЛАВА 16. ПРИЗНАКИ ДИССОЦИАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- " ГЛАВА 17. СИНДРОМЫ ЗАВИСИМОСТИ
- " ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ
- " ПРИЛОЖЕНИЕ. НАРКОМАНИЧЕСКИЙ СЛЕНГ
- " ПРИЛОЖЕНИЕ. СЛЕНГ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И ТОКСИКОМАНИЕЙ
- " ПРИЛОЖЕНИЕ. АЛКОГОЛЬНЫЙ СЛЕНГ
- " ТЕСТ "ДЕПРЕССИЯ"
- " СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

## ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМОЛОГИИ

Становление учения о психопатологических синдромах тесно связано с именами S. Schule (1880), Н. Jackson (1884), С. С. Корсакова (1901), А. Е. Щербака (1901) и многих других исследователей. Так, А. Е. Щербак рассматривал синдромы в качестве типовой формы психического реагирования, как реакцию мозга на действие вредности, механизмы которой обусловлены нарушениями в области интернейрональных контактов. Заболевание, по мнению автора, проявляется различными сочетаниями симптомокомплексов и определенной последовательностью их смены в ходе его течения. Один и тот же психопатологический синдром при разных психических заболеваниях «получает своеобразный оттенок (нюанс клинической картины)».

Синдром («совместный бег» симптомов)—совокупность симптомов, имеющих общий механизм развития. Сам по себе симптом вне синдрома лишен клинического смысла. Отдельные расстройства психических функций встречаются у большинства здоровых индивидуумов. Патологические явления имеют системный характер и выражаются в форме синдромов. Из синдромов и закономерной последовательности их смены — патокинеза — складывается клиническая картина заболевания в его статике и динамике (Снежневский, 1960; Давыдовский, 1962). От «синдрома» следует отличать понятие «симптомокомплекс». Под симптомокомплексом чаще понимают совокупность симптомов, свойственных данному заболеванию. В другой интерпретации симптомокомплекс — это

сумма всех нарушений, выявляющихся у пациента на момент исследования.

Развитие учения о синдромах опирается на представление о существовании разных уровней психической деятельности, истоки которого берут начало в древности.

Лукреций разграничил душу (anima) и дух (animis), то есть «жизненность» и «психичность» организма. Предвосхитив биогенетический закон, Аристотель говорил о четырех функциях души: питательной или вегетативной, специфической для растений; чувствующей и двигающей, типичных для животных; разумной, свойственной человеку. Неразвитую душу ребенка он сопоставлял с сенсомоторной душой животных. Идеально-умственную часть души Платон помещал в голове (ближе к небесам, к царству идей), «гневливую» (мужество)—в груди, а чувственную (вожделение) — в брюшной полости. Платону принадлежит миф о вознице на колеснице, в которую впряжены два коня. Один — дикий и некрасивый, а другой — благородный и поддающийся управлению. Возница символизировал рациональную часть души, а кони — две иррациональные ее части, низшую и высшую. Миф в точности воскрешен психоанализом, где личность представляется состоящей из рационального «Я» и иррациональных «Оно» и «Сверх-Я». В современной психологии возобладал подход к личности как иерархической системе, интегрирующей в динамичное целое биологические, психические, социальные и духовные качества человека. Психопатология мало выиграет, если останется в стороне от современной психологии личности, игнорируя в человеке собственно человеческие его качества.

Значительное влияние на формирование учения о синдромах оказала концепция эволюции и диссолюции психической деятельности выдающегося шотландского невропатолога Джексона (1884). Основные положения ее таковы:

- психическая деятельность осуществляется иерархически расположенными уровнями или центрами, причем деятельность низших центров регулируется высшими;
- при повреждении или временном выключении высших уровней деятельность нижележащих не прекращается;
- следствием и клиническим выражением выпадения функций высших центров является негативная симптоматика, продуктивные симптомы возникают в результате высвобождения активности нижележащих центров и не находятся в непосредственной причинной связи с болезнью;
- клиническая картина возникающих психических расстройств определяется также различиями в темпе, в котором происходит дезинтеграция (диссолюция) психической деятельности;

— неврологические расстройства вызваны более локальной диссолюцией, а психические — глобальной, равномерной, «униформной».

Различают продуктивные (позитивные) и негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы. Примерами первых могут служить аффективные, бредовые, галлюцинаторные, кататонические синдромы, вторых — амнестические, деменции, психоорганические, апатоабулический. Продуктивные психопатологические синдромы — более динамичные образования, они чаще всего указывают на активное течение болезненного процесса, и, как считается, относительно менее специфичны для того или иного заболевания, чем дефицитарные симптомокомплексы. В действительности же и те и другие расстройства внутренне взаимосвязаны и выступают в единстве, что определяет клинические особенности заболевания как в его «поперечном разрезе», так и в динамике, «в длиннике».

Как указывает В. В. Ковалев (1979), наряду с продуктивными и негативными психопатологическими синдромами, обусловленными механизмами возбуждения и выпадения деятельности относительно зрелых церебральных структур, существуют также продуктивные и негативные дизонтогенетические симптомокомплексы, наблюдающиеся при психических нарушениях в детском и подростковом возрасте. В основе первых лежат явления «дисфункции созревания», выражающиеся длительной фиксацией преходящих способов нервно-психического реагирования, свойственных тому или иному этапу постнатального онтогенеза. Это некоторые виды страхов, патологическое фантазирование, явления дисморфофобии, сверхценные расстройства, эхолоалия, эхопраксия и подобные психические нарушения. Негативные дизонтогенетические симптомы возникают вследствие задержки или искажения развития нервно-психических функций. К ним относятся отставание умственного развития, синдромы невропатии, психического инфантилизма, детского аутизма и ряд других расстройств.

Продуктивные и дефицитарные психические нарушения выявляются как в процессуальной стадии болезни, так и по ее завершении. Из этого следует, что понятия «продуктивный» и «процессуальный», и соответственно «дефицитарный» и «дефектный», нетождественны. Для процессуальной, характеризующей активное течение болезни симптоматики, свойственна определенная динамика, закономерная смена одних психопатологических явлений другими, постепенное нарастание негативных расстройств. Исключая формирующиеся при этом явления дефекта, указанная симптоматика в значительной степени обратима. Постпроцессуальные нарушения — явления собственно психического дефекта (как негативные, так и продуктивные симптомы) — более устойчивы, стабильны, возможность их обратного развития менее очевидна. Но то, что в логическом плане различается, на практике весьма часто ставит серьезные проблемы. Диагностика психического дефекта наталкивается на серьезные препятствия, так как достоверных клинических критериев его нет. Поэтому случается, что

установленный психический дефект позднее таковым не оказывается, либо степень его, как потом выясняется, была преувеличенной.

Предпринимались попытки разграничить психопатологические синдромы по их этиологической принадлежности: эндогенные, экзогенно-органические, эндоформные, переходные синдромы. Разрабатывая учение об экзогенном типе реакции, К. Bonhoeffer (1907) выделил пять видов неспецифической реакции мозга на разнообразные экзогенные вредности: оглушение, делирий, аменцию, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение) и острый галлюциноз. Позднее автор включил сюда также маниоформные, депрессивные, кататоноформные и параноидные синдромы, и, кроме того, эмоционально-гиперестетический синдром. Дальнейшие исследования показали относительность разграничения эндогенных и экзогенных синдромов, что можно видеть на примере переходных (Wieck, 1956) синдромов. Переходными называют психопатологические синдромы, встречающиеся при затяжных или поздних (Снежневский, 1940) симптоматических, то есть соматогенных и интоксикационных психозах. Чаще всего наблюдаются затяжные депрессивные состояния, депрессивно-бредовые и галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический ступор, маниакальные состояния, псевдопаралитический и транзиторный корсаковский синдром. Синдромы «аффективного регистра» рассматриваются как обратимые, синдромы «органические» — прогностически неблагоприятные. Возможность развития эндоформных синдромов (сходных с проявлениями эндогенных заболеваний) при симптоматических психозах подтверждает справедливость вывода о том, что клиническая специфика заболевания состоит не в статике, но прежде всего в закономерной последовательности смены одних психопатологических синдромов другими (Снежневский, 1940, 1960; Conrad, 1960).

С учением об уровнях строения психической деятельности связаны представления о «регистрах» психических расстройств, отражающих глубину поражения головного мозга (Kraepelin, 1920). Регистр в контексте обсуждаемой проблемы — это ограниченный известными пределами объем психического поражения. В самом широком плане могут быть разграничены два регистра психического поражения: психотический и непсихотический. Традиционно клиническая психиатрия была ориентирована на изучение психотических нарушений. Печать этих традиций и теперь лежит «а многих публикациях, учебных программах, в психологии врача-психиатра. Тем не менее в последние несколько десятков лет происходит поворот к изучению неглубоких, непсихотических расстройств, идеология «старой» психиатрии теряет кредит общественного доверия, что, конечно же, не означает, будто предмет ее изучен или утратил значение.

Критерии, по которым психическое расстройство Идентифицируется с психотическим, таковы:

— коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента. Это обусловлено глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими глубокими нарушениями психической деятельности;

— тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности;

— непонимание пациентом факта собственного психического расстройства или, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию — анозогнозия.

Психотическое состояние является основанием для госпитализации в психиатрический стационар. Поведение пациента, опасное для окружающих и для него самого (агрессия, очевидная ее возможность, аутоагрессия), служит безусловным показанием для принудительного помещения в стационар. Больные этого рода нуждаются в интенсивной терапии с преимущественной направленностью последней на биологические методы лечения. Факт психического заболевания не вызывает обычно сомнений у окружающих, включая близких пациента. Среди психиатрических пациентов удельный вес психотических больных сравнительно невысок. Даже с учетом состояний выраженного слабоумия (деменция, тяжелые степени олигофрении) он не превышает, по-видимому, 15—20 %.

Критериями непсихотического регистра психического поражения являются:

— сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом;

— адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании неболезненных тенденций личности;

— Полное или, во всяком случае, отчетливое понимание пациентом факта имеющихся у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации.

Лечение данной, наиболее многочисленной категории больных связано с рядом проблем. Одно из них — наличие соответствующей инфраструктуры лечебных учреждений. Несомненно, более адекватным было бы наблюдение и лечение непсихотических пациентов в общесоматической сети. В терапии больных весьма важное, а часто и основное значение приобретает психотерапия. Требуется существенная коррекция психологических установок врача-психиатра, его образования, методов подготовки в вузе. Не

отклоняясь от клинических традиций, врач должен быть теперь психотерапевтом и психологом.

В психопатологии существует лишенное четкого определения, но тем не менее практически, полезное понятие об уровнях поражения психической деятельности (нервно-психического реагирования — этим выражением подчеркивается биологический оттенок в понимании патологии). Речь идет о попытках определить последовательность дискретных единиц, отражающую переход одного болезненного состояния к другому, иному в качественном отношении. В анализе продуктивной симптоматики

А. В. Снежневский (1983) различает девять таких уровней: астении с явлениями гиперестезии, аффективных расстройств, невротических нарушений, паранойяльных и вербально-галлюцинаторных явлений, кататонических, парафренных и галлюцинаторно-параноидных состояний, помрачения сознания, парамнезии, судорожных проявлений и психоорганических расстройств. При этом предполагается, что каждому из упомянутых уровней нервно-психического реагирования свойственны от одного до нескольких более локальных клинических субъединиц или собственно психопатологических синдромов. Например, на аффективном уровне это будут депрессивный и маниакальный синдромы, примерно эквивалентные друг другу, если иметь в виду глубину поражения. Шкала расстройств отражает отношения иерархии между ними — нами они перечислены в порядке возрастания их тяжести.

Приведенная шкала уровней психического поражения оставляет без ответа ряд вопросов:

- 1) в ней нет места для целого ряда весьма частых нарушений, таких, как патология сна, общей чувствительности, влечений, вегетативной регуляции;
- 2) возникают сомнения относительно правомерности включения психоорганических расстройств (большей частью относящихся к симптомам выпадения) в систему продуктивных нарушений;
- 3) не столь очевидна причина выделения парамнезии в отдельную рубрику — в руководстве по психиатрии, откуда заимствована упомянутая шкала расстройств, парамнезии («уже виденное», «уже пережитое») сближаются с явлениями дереализации и, следовательно, для них уже есть в этой шкале место — это уровень невротического реагирования. Между тем в указанной шкале расстройств парамнезии локализуются между припадками и помрачением сознания, а это — их оценка как весьма глубоких, более тяжелых, чем, скажем, делирий;
- 4) аффективный уровень рассматривается как менее глубокий в сравнении с невротическим. Однако, известно, что аффективные нарушения могут приобретать психотический характер, а это — иной, психотический регистр поражения. Кроме того, в отношении невротических нарушений допускается, похоже, подмена понятий

Невротические расстройства — это прежде всего выражение патологической личностной динамики, а не симптомы

первичного, биологического повреждения. Невротические расстройства, вероятно, следует локализовать в ином измерении, нежели тот, что принят за основу построения шкалы;

5) ипохондрия, деперсонализация, дисморфофобия, то есть невротические, по схеме, нарушения в действительности таковыми часто не оказываются. Например, ипохондрия может быть бредовой, деперсонализация — галлюцинаторной, а дисморфофобия — навязчивой, сверхценной и бредовой. Относить эти расстройства к невротическим можно лишь с известными оговорками;

6) вызывает сомнение включение разных эпилептических пароксизмов в одну группу припадков, так как они различаются по тяжести. Отождествлять в этом смысле тонико-клонический припадок с пароксизмом снохождения или дисфории, пожалуй, не следует, не нарушая принципов клинко-патогенетического построения шкалы. Острым или хроническим, к примеру, является галлюциноз, это мало меняет существо дела, но, если из двух припадков один является генерализованным, а другой — фокальным и протекает с галлюцинациями, то тяжесть последнего, вероятно, отличается от первого.

Некоторые из отмеченных противоречий могли бы устранить следующие поправки:

1) в качестве самостоятельного целесообразно выделить витальный или психосоматический уровень нервно-психического реагирования, разграничив в его рамках следующие психопатологические синдромы: психовегетативный, астенический, диссомнический, патологии влечений, нарушений общей чувствительности (сенестопатический или сенесто-коэстетический). Известно, что указанные нарушения первыми возникают в начале болезни, а в ходе ремиссии исчезают последними. Нередко эти нарушения выражены неравномерно, иногда — независимо друг от друга. Важно, что они характеризуют не только ранние этапы развития психических заболеваний, они обычны и при соматических заболеваниях (соматопсихические расстройства);

2) дифференцировать аффективные синдромы непсихотического регистра на соматизированные (эквивалентные синдромам психосоматического уровня реагирования), циклотимические (не достигающие психотического уровня), атипические (эквивалентные по тяжести синдромам невротического уровня) и психотические;

3) разделить парамнезии на невротические и психотические;

4) оставить в рубрике шкалы «припадки» генерализованные, а также сложные фокальные припадки. Фокальные эпилептические припадки с психопатологической симптоматикой можно было бы соотнести с

теми рубриками шкалы, которые соответствуют клинической структуре пароксизмов. Например, пароксизмы с депрессией — на аффективный, с деперсонализацией — на невротический, с онейроидом — к помрачению сознания и. т. д. Это важно и потому, чтобы разграничить понятия «судорожный синдром» и «эпилептический синдром» — очевидно, что они не идентичны;

5) исключить из шкалы продуктивных расстройств уровень психоорганических расстройств, так как последние включают, в основном, симптомы выпадения психических функций.

Существуют другие представления об иерархии психопатологических состояний. Так, А. Еу (1975) предлагает следующую шкалу расстройств; невротические, паранойяльные, онейроидные, дизестетические, маниакально-меланхолические, спутанности и ступора, шизофренические, состояния деменции. Общепринятых подходов к ранжированию симптоматики, к сожалению, нет и различия в решении этой проблемы слишком значительны, чтобы делать какие-то обобщения.

В концептуальном плане (не в композиции) за основу настоящей работы принята следующая шкала тяжести психических расстройств: базисные синдромы или синдромы витального уровня — непсихотические аффективные синдромы — невротические (псевдоневротические) синдромы — паранойяльный синдром, синдром вербального галлюциноза, синдромы бредовой депрессии и мании, дисморфомания, бредовая деперсонализация — параноидный, галлюцинаторно-параноидный, парафренный и кататонический синдромы, другие галлюцинозы и соответствующие им по тяжести аффективные и деперсонализационные синдромы — синдромы помрачения сознания — генерализованные припадки.

Не более ясной является ситуация с дефицитарными психопатологическими синдромами. А. В. (Снежневский), исходя из идеи единства продуктивных и негативных психопатологических синдромов, предлагает следующую шкалу последних: истощаемость психической деятельности — субъективно осознаваемая измененность «Я» объективно определяемая измененность личности — дисгармония личности — снижение энергетического потенциала — снижение уровня личности — регресс личности — амнестические расстройства — тотальное слабоумие — психический маразм. Данная схема, безусловно, отражает реальности клиники, но оставляет некоторые вопросы открытыми. Остается нераскрытым и тезис о единстве продуктивных и негативных расстройств, так как гипотеза Джексона не объясняет природы разных отношений между ними.

Понимание негативных расстройств в данной работе основано на идеях А. В. Снежневского. Выскажем вместе с тем некоторые предположения, которые в тексте не нашли прямого выражения.

1. Существует две относительно независимые линии развития негативных расстройств:



— проявляющиеся с самого начала болезни (расстройства) тотальными изменениями личности. Шкала последних может быть такой: астеническое снижение уровня функционирования личности — акцентуация и психопатизация личности, включая разные формы патологического ее развития — диссоциация личности, в частности, феномен множественной личности — регрессия личности, например, вторичный инфантилизм — парциальная, а затем тотальная деменция — психический маразм;

— начинающиеся с изменения отдельных психических функций (внимания, памяти и др.) и до какого-то момента прогрессирующих без изменения личности в целом. После этого обе линии расстройств личности «сливаются». Механизмы личностной интеграции продолжают нередко функционировать даже при значительных локальных нарушениях.

2. Существуют дефицитарные расстройства, по крайней мере, двух типов:

— не сопровождающиеся продуктивными нарушениями;

— развивающиеся в единстве с продуктивными нарушениями, согласно концепции Джексона.

3. Продуктивные расстройства также могут быть двоякого типа:

— связанные с первичным поражением психических функций (например, острые психозы);

— обусловленные регрессией личности и высвобождением неконтролируемой активности нижележащих структур (например, вторичная кататония).

### **2.1. Астенический синдром**

Характерны упадок сил, ощущение переутомления, чрезмерная истощаемость, повышение, а затем снижение нервно-психической возбудимости, ослабление внимания, неустойчивое настроение, общее снижение психической активности.

Астения, в отличие от физиологической усталости, носит витальный характер. Она постоянна, непосредственно не связана с перенапряжением, не исчезает даже после продолжительного отдыха. Значительно, порой до полного бессилия выражена общая слабость. Астенические состояния могут возникать и в виде приступов, когда пациенты, по их словам, не в состоянии «двигаться», «открыть рот», «раскусить таблетку» или «поднять руку». Чувство усталости нарастает во второй половине дня, но оно может быть выражено с утра или в другое, иногда определенное время суток. Многие астеничные пациенты отмечают рост усталости к концу рабочей недели, перед отпуском, обычно в весенние месяцы.

Снижение порога нервно-психической возбудимости выражается симптомами сенсорной гиперестезии (обостренного восприятия оптических, акустических, других внешних раздражителей), повышенной чувствительности к проприо- и интероцептивным раздражителям (головные боли, тяжесть в голове, ломота, давление в различных частях тела и др.). Обостренно воспринимается чувство голода — субъективно повышенный аппетит пропадает после приема малых количеств пищи, быстро наступает насыщение. Возрастает половая возбудимость. Сексуальное влечение нередко возникает в самых неподходящих ситуациях, например, в автобусе, в толпе, при случайных касаниях с неизвестными людьми, под влиянием воспоминаний. Половая функция между тем нарушается — особенно часто наблюдается преждевременная эякуляция. Аналогичным образом нарушается работоспособность — пациенты работают неровно, «скачками», быстро загораются и вскоре остывают. Острый по началу интерес к какому-либо делу скоро притупляется, работа, чтение, общение надоедают, хочется смены впечатлений, других занятий.

Больные неспособны к длительному эмоциональному, умственному и физическому напряжению. Самочувствие значительно ухудшается после волнения, даже приятного, в шумной обстановке, в незнакомых, требующих напряжения внимания обстоятельствах, при обилии внешних впечатлений. Иногда усталость резко усиливается после еды. Плохо воспринимаются ситуации ожидания. Например, пациенты не выносят очередей, предпочитают идти пешком, только бы не ждать автобуса, нервничают на рыбалке и вообще крайне нетерпеливы. Предвосхищая волнующие события, теряют к ним интерес, когда они наступают, так как бывают изнурены ожиданием. Характерно усиление симптоматики в связи с перепадами атмосферного давления, «на погоду»: появляются либо нарастают головные боли, усугубляются нарушения сна, вегетативной регуляции, увеличивается слабость, разбитость, ухудшается аппетит, больные становятся более нервными, раздражительными — симптом Пирогова, метеопатия.

Настроение неустойчиво, не в меру повышается от незначительного успеха и резко падает при малейшей неудаче. Свойственное большинству астенизированных пациентов понижение настроения имеет оттенок неудовольствия, капризности, тревожности, неуверенности, нередко сопровождается слезливостью. Обостряется впечатлительность, больные раздражительны, вспыльчивы, однако вспышки аффекта поверхностны, непродолжительны. После этого они чувствуют себя значительно хуже.

Способность к концентрации внимания снижена. Внимание истощаемо, быстро нарастает отвлекаемость. Плохо усваивается прочитанное. Память субъективно снижена, больные часто жалуются на трудности в запоминании и воспроизведении впечатлений. Объективного снижения памяти большей частью не определяется. Из нарушений мышления типичными являются быстрая истощаемость способности к абстрагированию и переход к излишней

конкретизации. Отвлекаясь на мелочи, больные упускают нить рассуждений, отклоняются от темы, что ошибочно можно принять за обрыв мысли или расплывчатость мышления. Во время волнения забывают продолжение мысли, путаются, не могут быстро вспомнить хорошо известные им вещи. Снижается способность к выполнению сложной интеллектуальной работы. Страдает точность формулирования мыслей, высказываниям недостает простоты, краткости и логичности. Пациенты сетуют на обеднение воображения, однообразие мыслей, стандартность решений, осознают, что не могут мобилизовать весь свой интеллектуальный потенциал. Иногда испытывают неодолимое отвращение к умственной деятельности, пресыщенность впечатлениями, отмечают стремление избегать новых впечатлений. Если работа в привычном или интересующем плане еще как-то удастся, то значительно труднее становится делать что-то по необходимости и принуждению.

Среди нарушений сна наиболее часто встречаются затрудненное, позднее засыпание, ночные пробуждения, тревожное ожидание бессонницы, иногда сонливость днем, к вечеру, недостаточный отдых после сна, учащение сновидений.

Степень выраженности астенической симптоматики может быть различной. В самом начале ее развития наблюдаются повышенная утомляемость, раздражительность, бессонница в сочетании с нетерпеливостью, непоседливостью, постоянным, каким-то принудительным стремлением к деятельности, не покидающим даже в благоприятной для отдыха обстановке, — «усталость, не ищущая покоя». Многие пациенты отмечают, что не могут «расслабиться», «во время удержаться» от необдуманных действий и высказываний, ругают себя за болтливость, суетливость, неуместную откровенность. В более выраженных случаях астении повышенная возбудимость дополняется истощаемостью: в равной степени представлены раздражительность, вспыльчивость, порывистость, с одной стороны, и утомляемость, слабость, особенно нарастающая во второй половине дня, — с другой. Усиливается эмоциональная неустойчивость. Это состояние определяется как раздражительная слабость. При тяжелой астении наблюдаются угнетенное настроение, сонливость, вялость, аспонтанность, медлительность, ощущается полное бессилие. Глубокую астению обозначают терминами «гипостенический вариант астенического синдрома», «астенодинамическое состояние».

Клиническая картина астенического синдрома зависит от причин, его вызывающих. Астения после соматических заболеваний проявляется состоянием эмоционально-гиперестетической слабости, при которой повышенная — утомляемость и неустойчивость настроения сочетаются с непереносимостью аффективного напряжения, волнения, признаками сенсорной гиперестезии. Астеническое состояние травматического генеза выражается раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, вспыльчивостью, гипнагогическим ментизмом, резкими головными болями, значительными вегетативными нарушениями —

астеновегетативный синдром. Астения в начале гипертонической болезни имеет вид «усталости, не ищущей покоя». При церебральном атеросклерозе она проявляется раздражительной слабостью, резкой утомляемостью, подавленным, со слезливостью настроением, большим размахом в колебаниях интенсивности — бывают «хорошие» и «дурные» дни, резко отличающиеся по тому, как в это время пациенты чувствуют себя.

При шизофрении преобладает истощаемость, связанная с интеллектуальным напряжением: физический компонент астении может быть выражен нерезко. Выявляется диссоциация между жалобами на высокую утомляемость и отсутствием признаков истощаемости в объективном статусе. Астения появляется без достаточных поводов и со временем все менее зависит от внешних условий, напряжения в деятельности, резистентна к обычному лечению. Выявляются эмоциональная монотонность, неадекватность реакций, плохая доступность контакту, нарастающая вялость, необычный характер физических ощущений. Особенности невротической астении являются непосредственная причинная связь с длительным психоэмоциональным напряжением, психическими травмами, несколько подавленный, иногда с оттенком агрессии, фон настроения, отчетливые нарушения сна и вегетативной регуляции. Астеническим состояниям в рамках депрессии (астено-депрессивный синдром) свойственна типичная суточная динамика (наибольшая интенсивность в первой половине дня), выраженная адинамия, сонливость, тягостное общее самочувствие, явления ангедонии, а также склонность пациентов винить себя за то, что они «обленились», «распустились», «разболтались», «раскисли», «не могут взять себя в руки». Ощущение немогущности ассоциируется иногда с представлением об «одряхлении», «постарении». Это изменение самовосприятия напоминает деперсонализацию.

В клинической структуре астении процессуального генеза могут быть выявлены отрывочные психопатологические феномены более глубоких уровней поражения: мимолетные беспредметные страхи, чувство «постороннего присутствия», оклики, состояния уже виденного, переживание нереальности происходящего. Подобные явления могут быть прелюдией к любым неожиданностям» в последующем.

Астенические состояния возникают вследствие длительного эмоционального и умственного перенапряжения («фатигационная астения»), связанного иногда с особенностями профессиональной деятельности (например, болезнь менеджеров); наблюдаются и часто доминируют в начальной стадии шизофрении, в клинической структуре органических заболеваний головного мозга, наступают в связи с соматическими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, типичны при неврозах, интоксикациях. Рассматриваются как приспособительная реакция ограничения процессов жизнедеятельности.

## 2.2. Невротические синдромы

Характеризуются появлением различных функциональных расстройств, не нарушающих правильную оценку реальных событий, своего состояния и поведения. Опишем следующие невротические синдромы: обсессивно-фобический, синдром нервной анорексии, невротической депрессии, ипохондрический синдром, истерический симптомокомплекс, реакции личности на болезнь. Упомянутые невротические явления возникают на фоне разнообразных соматизированных расстройств сна, вегетативной регуляции, самочувствия, аппетита и др.

Обсессивно-фобический (ананкастический) синдром. Он включает разные виды навязчивых расстройств: интеллектуальные навязчивости (обсессии), моторные (компульсии или импульсии) и эмоциональные (фобии, сомнения, опасения). Чаще всего возникает на фоне подавленного настроения, которому соответствует большей частью безрадостное, тревожное, а порой мучительное содержание навязчивостей. Навязчивости могут возникать периодически, если они ассоциированы с фазно-протекающими депрессивными состояниями — атипическая депрессия (точнее — депрессия с навязчивостями). Сравнительно редки случаи сочетания навязчивых расстройств с гипоманическими сдвигами настроения. Содержание навязчивостей при этом меняется на противоположное. Переживание навязчивостей как тягостных, одолевающих и чуждых личности явлений в этом случае притупляется, их содержание становится более оптимистическим.

Синдром нервной анорексии. Ослабление или утрата чувства голода, возникающее в связи с психогенными факторами (нередко в сочетании с явлениями дисморфофобии) после длительного отказа от приема пищи. Наблюдается обычно в подростковом возрасте, чаще у девочек. Встречается также у женщин в зрелом возрасте и даже во второй половине жизни, хотя описания поздней анорексии ставятся под сомнение. Некоторые авторы (Коркина, 1963; Тищенко, 1971) разграничивают истинную или первичную нервную анорексию, при которой аппетит при заболевании исчезает с самого начала; вторичную, ложную или психогенную анорексию, характеризующуюся сознательным лишением еды с целью похудения. Отказ от пищи может быть и периодическим, иногда перемежается с состояниями нервной булимии. Последнее обстоятельство не имеет отношения к ремиссии — возвращение или усиление аппетита может служить предвестником последующих страхов, тяжелых депрессивных реакций, самоубийства. С нервной анорексией не следует смешивать отказ от пищи по бредовым, галлюцинаторным и суицидальным мотивам, а также утрату пищевой потребности при психозах, депрессии, соматических заболеваниях. Пищевую депривацию с целью достижения эйфории при добровольном голодании, где в отличие от вынужденного, могут возникать гипоманические сдвиги настроения, иногда — психозы, следует рассматривать в контексте отклоняющегося поведения, идентичного в психологическом плане с употреблением алкоголя, наркотиков, перееданием и т. д.

М. В. Коркина (1986) различает четыре этапа в динамике типичного синдрома нервной анорексии:

— появление синдрома дисморфофобии, отличающегося от классического варианта меньшей выраженностью депрессии и сенситивных идей отношения, но особенно выделяющегося интенсивной деятельностью в плане устранения физического недостатка;

— нарушение пищевого поведения в виде активных действий для похудения. Условно этот этап завершается с потерей веса на 20—25 кг и развитием вторичных соматических нарушений, импотенции, потери либидо, аменореи, олигоаменореи. Нервную анорексию диагностируют при падении веса не менее чем на 15—20 %. Похудание помимо собственно голодания достигается также изнурительными физическими упражнениями, искусственной рвотой, систематическим промыванием желудка, использованием слабительных средств, аноректиков, наркотиков, курения. В этом периоде выявляются, кроме того, гиперкомпенсаторные формы поведения (любовь к приготовлению пищи, «закармливание» младших детей), ипохондрия, сосредоточенность на ограничении в еде, страхи восстановления аппетита. Отталкивающий внешний вид, приближающийся к кахексическому, пациентов совершенно не беспокоит, хотя поводов для дисморфофобии теперь становится куда больше, чем ранее;

— значительное похудание — кахексия. Пациенты теряют 50 % веса и более. На этом этапе доминируют соматоэндокринные нарушения, дистрофические изменения внутренних органов, других систем организма. Характерна анозогнозия. Больные по-прежнему остаются довольны своим внешним видом. На фоне резкой астении могут возникать явления деперсонализации — дереализации. Возможен летальный исход;

— выход из состояния кахексии — период, затягивающийся до двух лет и более. Из-за страха поправиться пациенты обычно препятствуют оказанию им помощи. Прибавка в весе влечет депрессивные реакции и рецидивы дисморфомании, нередко предпринимаются новые, еще более изощренные попытки похудеть.

Нервная анорексия некоторыми авторами рассматривается как самостоятельное заболевание; в качестве синдрома чаще встречается при шизофрении, истерическом неврозе.

Синдром невротической депрессии. Под невротической понимают группу непсихотических депрессий, обусловленных психотравмирующими факторами (внутренние психологические конфликты, межличностные конфликты, потери). Наблюдается снижение настроения с выраженной эмоциональной лабильностью, напряжением и легкой тревожностью часто в сопровождении астении, нарушений сна и аппетита. Способность к положительным эмоциональным реакциям не утрачивается. Пациенты связывают

происхождение болезненных явлений с влияниями неблагоприятных внешних обстоятельств. Внутренние конфликты большей частью не осознаются. Как правило, в клинической картине болезни отсутствуют признаки психической и моторной заторможенности, не типичны витальный компонент депрессии, идеи самообвинения, а также свойственные эндогенной депрессии суточные колебания настроения (ухудшения настроения и самочувствия в утренние часы); настроение больных может ухудшаться в разное время, часто к вечеру, что скорее всего связано с утомлением. Отношение к суицидальным мыслям, если таковые, возникают, двойственное. Основные качества личности сохранены, определяется ясное осознание болезни, поведение и взаимоотношения с окружающими грубо не нарушаются. Вместе с тем самовосприятие и оценка внешних событий могут быть искажены действием механизмов психологической защиты (вытеснение, рационализация и др.).

Невротическая депрессия может быть основным проявлением невроза (депрессивного невроза) или возникать на отдельных этапах развития других его форм. Она наблюдается также в начальной стадии невротического развития личности. Клиническая картина в последнем случае несколько отличается от вышеописанной. В переживаниях больных отсутствует отражение психогенной ситуации, нет проекции тоскливого аффекта на будущее. Депрессия приобретает витальный оттенок. Присоединяются ранние ночные пробуждения, а позднее — ухудшение самочувствия и настроения в утренние часы. Наблюдается некоторое снижение активности и инициативы, сужение круга интересов, выраженная слезливость и, наконец, излишняя говорливость (Лакосина, 1968). О невротическом развитии, как полагают, можно говорить по истечении пяти лет от начала невроза. Длительность депрессии в рамках невротического развития составляет несколько лет. В последующем выявляются изменения характера разного типа, то есть выраженный в той или иной степени дефект личности.

Невротическая ипохондрия. По С. С. Корсакову, при ипохондрии пациент ищет у себя болезни, которых у него нет. Античные врачи связывали это состояние с областью подреберья («ипохондрия» — «то, что под хрящом» (грудиной)). В начале XIX в. считалось, что это особое психическое заболевание (Falret, 1822; Dubois, 1840). С начала XX в. ипохондрию стали рассматривать в качестве синдрома, наблюдающегося при различных заболеваниях. Часто ипохондрический синдром встречается при неврозах (неврастении, истерии, неврозе навязчивых состояний); многими авторами допускается существование ипохондрического невроза. Невротической ипохондрии свойственны реактивно, то есть психогенно обусловленные и объективно необоснованные сомнения, опасения и страхи по поводу своего здоровья, некоторые снижения настроения, активная борьба личности с болезнью, четкое выделение и адекватное словесное обозначение больными своих симптомов (Скворцов, 1961; Карвасарский, 1980; Свядош, 1982). Опасения и страхи за здоровье носят навязчивый и психологически понятный характер. Некоторые авторы (Свядош, 1982) считают постоянным

признаком ипохондрического невроза наличие психогенно обусловленных простых и элементарных сенестопатических ощущений (алгий). Ипохондрические переживания, связанные с сенестопатиями, обозначаются иногда как «сенсоипохондрия», в отличие от так называемой «идеоипохондриии», при которой первично возникают сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания (Leonhard, 1959). О систематике ипохондрических расстройств, принятой в отечественной психиатрии, см. «ипохондрический синдром». Истерический симптомокомплекс. Чрезмерная эмоциональная лабильность с аффектацией и демонстративностью поведения сочетается с драматизацией имеющихся болезненных явлений, повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, склонностью к фантазированию. Наблюдаются многочисленные расстройства двигательных, сенсорных и телесных функций, часто имитативные и соответствующие упрощенным представлениям об анатомии и функции органов. Таковы, например, конверсионные, возникающие по механизмам психосоматического переключения внутренних конфликтов, расстройства. В психоанализе такие симптомы расцениваются, как символический язык органов. Имеются в виду параличи, парезы, гипо- и анестезии, амавроз, явления аналгезии, истерический сурдомутизм, расстройства равновесия, походки (астазия — абазия). Следует подчеркнуть, что эти и другие истерические симптомы имеют не только психологическую, но весьма часто и органическую основу, в частности, серьезную нервно-психическую и соматическую патологию. Другую группу составляют истерические диссоциативные симптомы, характеризующиеся явлениями возбуждения ранних незрелых функциональных систем. — Типичным представителем диссоциативных нарушений считают функциональные или «истерические» припадки. Впервые возникая в связи с психическими потрясениями, припадки в последующем могут «запускаться» при одном воспоминании о них, провоцироваться по механизмам условной связи. Припадки возникают обычно на публике и никогда в одиночестве или во время сна. Характеризуются разнообразными выразительными действиями, порой напоминают пантомиму и имеют какой-то скрытый смысл. Пациенты могут при этом выкрикивать отдельные слова, фразы, например, команды («командная истерия»), брань, восклицания, стоны. Контакт с внешним миром полностью не прерывается, комментарии и поступки присутствующих способны модулировать картину припадка. Внезапным резким воздействием (окрик, резкий запах и т. д.) припадок можно прервать. Пациенты не расшибаются, так как падают осмотрительно, не бывает прикусов, упускания мочи, кала, семени, фотореакция зрачков сохранена. Припадки длятся десятки минут и спонтанно прекращаются с наступлением истощения. Амнезии не бывает, обычно сохраняются отдельные воспоминания о собственных ощущениях и внешних впечатлениях во время припадка. Двигательная формула припадков никогда не воспроизводится в стереотипной манере, всегда бывают какие-то вариации. Помимо больших истерических припадков существуют и малые, напоминающие полубморочные состояния. К диссоциативным явлениям относятся также тремор, спазмы, боли, истерические трансы, другие подобные нарушения. Весьма важной



особенностью истерических расстройств является их возникновение по механизмам условной приятности или желательности, что, по выражению П. Жане, определяет своеобразное отношение к заболеванию — «прекрасное равнодушие». Характерна нозофильная реакция личности на болезнь. Заметное сопротивление истеричные пациенты оказывают попыткам лечить их, проявляют недоверчивое отношение к различным методам терапии или отвергают их под разными предлогами, опасаясь расстаться с ролью больного человека. Как правило, особенно любят «гипноз», всякого рода целителей, склонны окружать свою болезнь ореолом мистицизма. Как и другие виды неврозов, истерический сопровождается разнообразными, хотя и малоспецифическими, проявлениями психовегетативного синдрома. Некоторые локальные вегетативные расстройства могут указывать на истерическую их природу: ощущение «кома» в горле — «глобусная истерия», ложная беременность, икота, монокулярная диплопия, дисфагии. Неспецифический характер вегетативных нарушений с позиций психоаналитической психосоматики объясняют более глубоким вытеснением травмирующих представлений нежели тот, что лежит в основе конверсионных явлений. Сочетание многочисленных истерических симптомов с ипохондрическими нарушениями объединяют под названием болезнь или синдром Брике.

**Логоневроз.** Условно относится к системным неврозам. Чаще начинается в детстве, с 3—5 лет. Развивается нередко остро, после эмоционального потрясения, в этом случае ему предшествует мутизм. Может появляться в неблагоприятной речевой среде (заикание у сверстников, форсированное изучение иностранного языка, повышенные требования к речи). В начальном периоде заикания преобладают тонические судороги в вокальной и дыхательной мускулатуре. Позже присоединяются тонико-клонические судороги в артикуляционной мускулатуре. Выявляются нарушения речевого дыхания, синкинезии в мышцах лица, шеи, плечевого пояса, а также повышение тонуса вокальных мышц. У детей, но особенно у подростков может быть выражен страх речи — логофобия. Настроение подавлено, дети чересчур стеснительны, обнаруживают сенситивные идеи отношения. Часто замыкаются, отказываются от ответов в классе или предпочитают письменные ответы. Логофобия усиливает заикание, порой делает речь невозможной.

От невротического отличают неврозоподобное и органическое заикание. Неврозоподобное заикание возникает на фоне органического либо связанного с соматическим заболеванием поражения головного мозга. Развивается постепенно. С самого начала наблюдаются тонико-клонические судороги в артикуляционной мускулатуре, а также тикоидные гиперкинезы. Реакция на заикание выражена незначительно вплоть до пубертатного возраста. Интенсивность заикания мало зависит от волнения. Одновременно выявляются органические черты психики. Органическое заикание обусловлено гиперкинезами в артикуляционных мышцах, а также в мускулатуре лица и шеи.

Реакция личности на заикание нередко отсутствует. Выявляются значительные психоорганические нарушения.

От заикания нужно отграничивать спотыкание речи — *poltern*. Это расстройство темпа речи: замедление — брадилалия, ускорение — тахилалия. Нарушена просодическая сторона речи, ее мелодичность. Возникают трудности в подборе слов, построении фраз. Спотыкание речи возникает на основе резидуально-органических повреждений головного мозга.

Писчий спазм. Своеобразная форма нарушения письма, сходная с заиканием. Другие мануальные навыки не страдают. Возникает у много пишущих при повышенных к ним требованиях и отрицательном отношении пациентов к такой работе. Писчий спазм развивается в зрелом возрасте, чаще у мужчин с тревожно-мнительным или истерическим характером. Проявляется судорожным сокращением мышц кисти, предплечья, плеча и шеи во время письма, болями в руке. Иногда, напротив, наступает парез мышц кисти либо преобладает болевой синдром. Указанные явления исчезают сразу же, как только больной бросает перо. Реже наблюдаются другие профессиональные дискинезии: у скрипачей, парикмахеров и т. д. Помимо психогенных в генезе профессиональных дискинезий имеют значение перегруженность двигательного аппарата, эндогенное предрасположение, местная дисциркуляция крови, церебральный атеросклероз.

При психических заболеваниях (в их дебюте, в клинической структуре ремиссий, при медленно прогрессивном течении) нередко выявляются сходные с невротическими нарушения — неврозоподобные состояния. Дифференциальная диагностика последних сложна. Она строится с учетом всей совокупности клинических данных: наследственной отягощенности, особенностей личностного преморбида, этиологических факторов заболевания, особенностей клинической симптоматики и ее динамики, данных параклинического исследования, результатов проводимого лечения. Разграничение невротических и неврозоподобных синдромов часто ставят в зависимость от того, какую роль в их генезе играют психогенные факторы. Предполагается, что невротические расстройства обусловлены в первую очередь психогенными воздействиями, а неврозоподобные расстройства — физиогенными (экзогенное или эндогенное поражение). Неясности при таком подходе начинаются с того момента, когда определяется понятие о психической травме или невротическом конфликте. В самом деле, если последние усматривают в затяжных внешних конфликтах, что часто и делается, то не исключено, что при неврозах их, действительно, больше. Но это внешняя сторона дела и формальный, статистический подход проблемы не решает. Остается «за кадром» внутренняя природа конфликтов, их происхождение. Акцентируя внимание на травмирующей ситуации, врач нередко идет на поводу у пациента и разделяет его интерпретации, тогда как действительное положение дел может быть иным. Что касается неврозоподобных расстройств, то нельзя исключить, что в их генезе психологические

конфликты также имеют существенное значение. Правда, наряду с психогенными, наблюдаются также нарушения органического, процессуального происхождения, причем соотношение тех и других часто бывает обратным: чем больше в клинике болезни функционального, тем меньше органического и наоборот.

**Реакции личности на болезнь.** Фобическая реакция— тревога и страхи с переоценкой тяжести заболевания. Так, пациент, вовремя не обращается за помощью к врачу из опасения серьезного диагноза или напротив, по любому поводу вызывает «скорую», боится лечь в стационар, страшится обследований и возможных болей при лечении, теряется при виде незнакомой медицинской аппаратуры, волнуется после разговоров о болезнях. Опасается осложнений, не принимает лекарства либо устанавливает «безопасные» их дозы. Нередко наблюдаются страхи самых безобидных инъекций, других лечебных процедур, а иногда, как случается у детей, тревогу вызывает один только вид белых халатов. Часто выявляется страх повторения болезни, ее затягивания, тяжелых последствий, опасения инвалидизации. Легко формируется зависимость от врача, который рискует превратиться в глазах пациента в нечто вроде транквилизатора.

Сенситивная реакция — чувство стыда, связанное с болезнью. Пациент ощущает свою неполноценность, моральную несостоятельность, греховность, если считает болезнь постыдной и осуждаемой. Не решается сообщать о ней, медлит с обращением за помощью, скрывает ее проявления. Как правило, испытывает сенситивные идеи отношения: подозревает, что окружающие знают о его болезни, презирают его, говорят о нем, распускают слухи. В связи с этим замыкается, избегает контактов, пытается справиться с ней самостоятельно или лечиться в приватном порядке. Очень болезненно воспринимает замечания в свой адрес, держится скованно и напряженно, склонен к депрессии и импульсивным реакциям.

Депрессивная реакция — переживание чувства вины из-за болезни. Подавленное настроение сочетается с самообвинениями в нарушениях лечебного режима, в отклонениях от здорового распорядка жизни, в легкомыслии и безответственности, а иногда и с мазохистическими тенденциями («так тебе и надо...», «доигрался, вот и получил, поделом тебе»). Болезнь может восприниматься как заслуженная кара свыше, как возмездие и справедливое наказание. Аутоагрессивные тенденции могут стать серьезным препятствием к своевременному и полноценному лечению, побуждая пациента отклонить предлагаемую помощь, не выполнять необходимых рекомендаций, хотя пациент вроде бы осознает неправильность подобного поведения. Нередко чувство вины возникает перед близкими людьми («эгоист, я не думал о других, только о себе беспокоился... как теперь детям смотреть в глаза буду»). Замечая нездоровье детей, пациенты винят себя в передаче «плохой» наследственности. Отказываются от ухода за собой, не желая быть бременем для окружающих. Считают, что врач уделяет им слишком

много внимания. Если не наступает быстрого выздоровления, винят в этом себя и могут скрывать проявления болезни («сколько будут возиться со мной, пора и честь знать»). Не выкупают дорогостоящих медикаментов, нарушают режим питания, если думают, что ущемляют достаток других, торопятся с выпиской на работу, предполагая, что там их поведение могут расценить как симулятивное («другим намного хуже, но они работают»). Депрессивная реакция на болезнь встречается у гипотимных личностей, нередко свидетельствует о депрессивных сдвигах настроения. Часто наблюдается на выходе из психотического приступа и указывает в этом случае на депрессивный его шлейф.

Ипохондрическая реакция — погружение в болезнь. Последняя становится центром внимания и интересов пациента. Он не может либо даже не пытается отвлечься от мыслей о болезни, все прочие аспекты жизни смещаются на периферию сознания или полностью вытесняются. В разговоре «вязнет» на теме болезни, задает множество вопросов, пытаясь доискаться до ее первоисточков. Отмечается склонность к фармакофилии, иногда, напротив, привередливость в выборе средств лечения. Часто настороженно относится к врачам, особенно если они не разделяют ипохондрических интерпретаций. Повторение ипохондрических реакций и их фиксация может вести к ипохондрическому развитию личности.

Истерическая или нозофильная реакция — бегство в болезнь, которая становится средством преодоления психологических проблем и манипулирования окружающими. Это потребность в заботе, внимании, опеке, желание удивить, вызвать панику чем-то из ряда вон выходящим, удержать жену или мужа, возбудить чувство вины и др. Эта реакция может быть также выражением природной склонности к мистификации, лишенному мотивов корысти надувательству. Достаточно часто истерическая реакция на болезнь связана с асоциальными, паразитическими установками. Это проявляется, в частности, симуляцией — имитацией болезни с целью избежать ответственности или получить незаслуженное вознаграждение; метасимуляцией — намеренным сохранением симптомов болезни после того, как она миновала; аггравацией — умышленным преувеличением проявлений болезни; сюрсимуляцией — сознательным изображением мнимой болезни при наличии другой, реальной, но обычно скрываемой. Пациенты с истерической реакцией на болезнь часто неискренни, склонны к сочинительству, постоянно меняют жалобы, порой заимствуя новые из опыта других больных, крайне неохотно расстаются с больничной койкой и ролью пациента, в которой чувствуют себя более комфортно, нежели в качестве здорового человека. Демонстративно стремятся убедить окружающих и врача в факте серьезной болезни, обижаются на них, когда они не склонны в это верить, типичны «обострение» болезни перед выпиской, миграция от врача к врачу или детская привязанность к тем из них, от кого исходит «понимание» и родительское отношение. Иногда ревнуют врача к больным, которым он уделяет больше внимания.

Дисфорическая реакция — раздражительность, озлобленность, со склонностью винить окружающих в своей болезни, мстить им за это. Пациенты добиваются наказания виновных, например, подают в суд на учреждение или предприятие, где они «потеряли» здоровье. Более всего их волнует не сам факт болезни, а возможность восстановить «справедливость» — тут можно говорить также о сутяжно-паранойяльной реакции, иногда весьма длительной и переходящей в развитие. Объектом сутяжничества может быть сам врач, если он «неправильно» лечил и тем более «специально» все делал во вред пациенту. Озлобление прорывается и в таких действиях, как спаивание неопытных людей, провоцирование пациентов с зависимостью, намеренное распространение инфекции, например, туберкулезной и венерической, злорадство при виде страданий других людей и «ненависть» по отношению к здоровым. В отделении больные придирчивы, постоянно чем-то недовольны, часто вступают в конфликты, бывают грубы, заносчивы, требуют внимания к себе, легко переходят к ультиматумам и угрозам. Под маской агрессии нередко скрывается страх, чувство беспомощности и растерянности, но это не всегда ясно осознается самими пациентами и понимается окружающими.

Эйфорически-анозогностическая реакция — непонимание факта болезни или недооценка ее тяжести в сочетании с благодушием, необоснованным оптимизмом и наплевательским отношением к вопросам лечения. Наблюдается большей частью у пациентов с органическими повреждениями головного мозга, при алкоголизме и токсикомании, иногда при эпилепсии.

Суицидальная реакция — мысли и действия в направлении самоубийства, мотивация которого связана с переживанием и осознанием болезни. Возможна у разных пациентов и в рамках различных реакций на болезнь: депрессивной, ипохондрической, истерической, сенситивной. Иногда бывает обусловлена жестокими, невыносимыми болями, страхом перед умиранием при неизлечимых заболеваниях, ужасом, охватывающим человека, осознавшего факт психического заболевания, мучительным стыдом из-за «позорной» болезни, дискредитирующей пациента. Может быть также следствием психического шока, наступающего после прямолинейного объявления врачом диагноза безнадежной болезни, порою диагноза, который, как потом выясняется, оказался неподтвержденным.

Регрессивная реакция — снижение уровня мотивации и поведения, наступающего в связи с осознанием болезни. Это например, покорность, отказ от активности в роли пациента, нацеленность на инвалидность, склонность к праздности, пьянству, вымогательству и попрошайству, инфантильная зависимость от врача, лекарств и многое другое, отчасти упомянутое в других формах реакции на болезнь. У психиатрических пациентов иногда появляется ощущение вседозволенности и свободы от моральных ограничений: «Я дурак, теперь мне все можно, ни за что отвечать не буду».

Утилитарная реакция — в противоположность регрессии это прогрессия, повышение уровня мотивации и поведения, обусловленное сознанием болезни и приближением роковой черты. Пациенты отказываются от лечения, если не верят в его эффективность или не желают тратить на него быстро тающий остаток жизни. Всю свою энергию целиком посвящают делам, с которыми связывают цель своего существования, желая умереть с чистой совестью и сознанием своего человеческого достоинства. История хранит память о многих таких людях, умерших за последней недописанной книгой, картиной, иконой, во время научного опыта или постройки храма. Еще больше безвестных, скромных, но великих в своей человечности людей, столь же достойно завершивших свою жизнь.

Эргопатическая реакция — сокрытие, диссимуляция болезни, если она препятствует профессиональной деятельности. Особенно часто встречается у пилотов, машинистов, водителей и вообще там, где доступ к работе регламентируется очень жестко. Диссимуляция нередко наблюдается у пациентов, настойчиво стремящихся к выписке по болезненным мотивам, например, у депрессивных больных, склонных к самоубийству, у больных с бредом ревности, у желающих избавиться от психиатрического диагноза и в ряде других случаев.

Реакция отчуждения — отстраненное переживание перенесенной болезни как случившегося не на самом деле, происшедшего «во сне», «в воображении», «не со мной». Это «какой-то бред, я стараюсь поскорее о нем забыть, вспоминать это неприятно». «Кажется, это было очень давно и никогда не повторится». «Не верю, что такое вообще бывает, это что-то нереальное».

## **2.1. Астенический синдром**

Характерны упадок сил, ощущение переутомления, чрезмерная истощаемость, повышение, а затем снижение нервно-психической возбудимости, ослабление внимания, неустойчивое настроение, общее снижение психической активности.

Астения, в отличие от физиологической усталости, носит витальный характер. Она постоянна, непосредственно не связана с перенапряжением, не исчезает даже после продолжительного отдыха. Значительно, порой до полного бессилия выражена общая слабость. Астенические состояния могут возникать и в виде приступов, когда пациенты, по их словам, не в состоянии «двигаться», «открыть рот», «раскусить таблетку» или «поднять руку». Чувство усталости нарастает во второй половине дня, но оно может быть выражено с утра или в другое, иногда определенное время суток. Многие астеничные пациенты отмечают рост усталости к концу рабочей недели, перед отпуском, обычно в весенние месяцы.

Снижение порога нервно-психической возбудимости выражается симптомами сенсорной гиперестезии (обостренного восприятия

оптических, акустических, других внешних раздражителей), повышенной чувствительности к проприо- и интероцептивным раздражителям (головные боли, тяжесть в голове, ломота, давление в различных частях тела и др.). Обостренно воспринимается чувство голода — субъективно повышенный аппетит пропадает после приема малых количеств пищи, быстро наступает насыщение. Возрастает половая возбудимость. Сексуальное влечение нередко возникает в самых неподходящих ситуациях, например, в автобусе, в толпе, при случайных касаниях с неизвестными людьми, под влиянием воспоминаний. Половая функция между тем нарушается — особенно часто наблюдается преждевременная эякуляция. Аналогичным образом нарушается работоспособность — пациенты работают неровно, «скачками», быстро загораются и вскоре остывают. Острый по началу интерес к какому-либо делу скоро притупляется, работа, чтение, общение надоедают, хочется смены впечатлений, других занятий.

Больные неспособны к длительному эмоциональному, умственному и физическому напряжению. Самочувствие значительно ухудшается после волнения, даже приятного, в шумной обстановке, в незнакомых, требующих напряжения внимания обстоятельствах, при обилии внешних впечатлений. Иногда усталость резко усиливается после еды. Плохо воспринимаются ситуации ожидания. Например, пациенты не выносят очередей, предпочитают идти пешком, только бы не ждать автобуса, нервничают на рыбалке и вообще крайне нетерпеливы. Предвосхищая волнующие события, теряют к ним интерес, когда они наступают, так как бывают изнурены ожиданием. Характерно усиление симптоматики в связи с перепадами атмосферного давления, «на погоду»: появляются либо нарастают головные боли, усугубляются нарушения сна, вегетативной регуляции, увеличивается слабость, разбитость, ухудшается аппетит, больные становятся более нервными, раздражительными — симптом Пирогова, метеопатия.

Настроение неустойчиво, не в меру повышается от незначительного успеха и резко падает при малейшей неудаче. Свойственное большинству астенизированных пациентов понижение настроения имеет оттенок неудовольствия, капризности, тревожности, неуверенности, нередко сопровождается слезливостью. Обостряется впечатлительность, больные раздражительны, вспыльчивы, однако вспышки аффекта поверхностны, непродолжительны. После этого они чувствуют себя значительно хуже.

Способность к концентрации внимания снижена. Внимание истощаемо, быстро нарастает отвлекаемость. Плохо усваивается прочитанное. Память субъективно снижена, больные часто жалуются на трудности в запоминании и воспроизведении впечатлений. Объективного снижения памяти большей частью не определяется. Из нарушений мышления типичными являются быстрая истощаемость способности к абстрагированию и переход к излишней конкретизации. Отвлекаясь на мелочи, больные упускают нить рассуждений, отклоняются от темы, что ошибочно можно принять за

обрыв мысли или расплывчатость мышления. Во время волнения забывают продолжение мысли, путаются, не могут быстро вспомнить хорошо известные им вещи. Снижается способность к выполнению сложной интеллектуальной работы. Страдает точность формулирования мыслей, высказываниям недостает простоты, краткости и логичности. Пациенты сетуют на обеднение воображения, однообразие мыслей, стандартность решений, осознают, что не могут мобилизовать весь свой интеллектуальный потенциал. Иногда испытывают неодолимое отвращение к умственной деятельности, пресыщенность впечатлениями, отмечают стремление избегать новых впечатлений. Если работа в привычном или интересующем плане еще как-то удастся, то значительно труднее становится делать что-то по необходимости и принуждению.

Среди нарушений сна наиболее часто встречаются затрудненное, позднее засыпание, ночные пробуждения, тревожное ожидание бессонницы, иногда сонливость днем, к вечеру, недостаточный отдых после сна, учащение сновидений.

Степень выраженности астенической симптоматики может быть различной. В самом начале ее развития наблюдаются повышенная утомляемость, раздражительность, бессонница в сочетании с нетерпеливостью, непоседливостью, постоянным, каким-то принудительным стремлением к деятельности, не покидающим даже в благоприятной для отдыха обстановке, — «усталость, не ищущая покоя». Многие пациенты отмечают, что не могут «расслабиться», «во время удержаться» от необдуманных действий и высказываний, ругают себя за болтливость, суетливость, неуместную откровенность. В более выраженных случаях астении повышенная возбудимость дополняется истощаемостью: в равной степени представлены раздражительность, вспыльчивость, порывистость, с одной стороны, и утомляемость, слабость, особенно нарастающая во второй половине дня, — с другой. Усиливается эмоциональная неустойчивость. Это состояние определяется как раздражительная слабость. При тяжелой астении наблюдаются угнетенное настроение, сонливость, вялость, апсонантность, медлительность, ощущается полное бессилие. Глубокую астению обозначают терминами «гипостенический вариант астенического синдрома», «астенодинамическое состояние».

Клиническая картина астенического синдрома зависит от причин, его вызывающих. Астения после соматических заболеваний проявляется состоянием эмоционально-гиперестетической слабости, при которой повышенная — утомляемость и неустойчивость настроения сочетаются с непереносимостью аффективного напряжения, волнения, признаками сенсорной гиперестезии. Астеническое состояние травматического генеза выражается раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, вспыльчивостью, гипнагогическим ментизмом, резкими головными болями, значительными вегетативными нарушениями — астеновегетативный синдром. Астения в начале гипертонической болезни имеет вид «усталости, не ищущей покоя». При церебральном



атеросклерозе она проявляется раздражительной слабостью, резкой утомляемостью, подавленным, со слезливостью настроением, большим размахом в колебаниях интенсивности — бывают «хорошие» и «дурные» дни, резко отличающиеся по тому, как в это время пациенты чувствуют себя.

При шизофрении преобладает истощаемость, связанная с интеллектуальным напряжением: физический компонент астении может быть выражен нерезко. Выявляется диссоциация между жалобами на высокую утомляемость и отсутствием признаков истощаемости в объективном статусе. Астения появляется без достаточных поводов и со временем все менее зависит от внешних условий, напряжения в деятельности, резистентна к обычному лечению. Выявляются эмоциональная монотонность, неадекватность реакций, плохая доступность контакту, нарастающая вялость, необычный характер физических ощущений. Особенности невротической астении являются непосредственная причинная связь с длительным психоэмоциональным напряжением, психическими травмами, несколько подавленный, иногда с оттенком агрессии, фон настроения, отчетливые нарушения сна и вегетативной регуляции. Астеническим состояниям в рамках депрессии (астено-депрессивный синдром) свойственна типичная суточная динамика (наибольшая интенсивность в первой половине дня), выраженная адинамия, сонливость, тягостное общее самочувствие, явления ангедонии, а также склонность пациентов винить себя за то, что они «обленились», «распустились», «разболтались», «раскисли», «не могут взять себя в руки». Ощущение немогущности ассоциируется иногда с представлением об «одряхлении», «постарении». Это изменение самовосприятия напоминает деперсонализацию.

В клинической структуре астении процессуального генеза могут быть выявлены отрывочные психопатологические феномены более глубоких уровней поражения: мимолетные беспредметные страхи, чувство «постороннего присутствия», оклики, состояния уже виденного, переживание нереальности происходящего. Подобные явления могут быть прелюдией к любым неожиданностям» в последующем.

Астенические состояния возникают вследствие длительного эмоционального и умственного перенапряжения («фатигационная астения»), связанного иногда с особенностями профессиональной деятельности (например, болезнь менеджеров); наблюдаются и часто доминируют в начальной стадии шизофрении, в клинической структуре органических заболеваний головного мозга, наступают в связи с соматическими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, типичны при неврозах, интоксикациях. Рассматриваются как приспособительная реакция ограничения процессов жизнедеятельности.

## **2.2. Невротические синдромы**

Характеризуются появлением различных функциональных расстройств, не нарушающих правильную оценку реальных событий, своего состояния и поведения. Опишем следующие невротические синдромы: обсессивно-фобический, синдром нервной анорексии, невротической депрессии, ипохондрический синдром, истерический симптомокомплекс, реакции личности на болезнь. Упомянутые невротические явления возникают на фоне разнообразных соматизированных расстройств сна, вегетативной регуляции, самочувствия, аппетита и др.

Обсессивно-фобический (ананкастический) синдром. Он включает разные виды навязчивых расстройств: интеллектуальные навязчивости (обсессии), моторные (компульсии или импульсии) и эмоциональные (фобии, сомнения, опасения). Чаще всего возникает на фоне подавленного настроения, которому соответствует большей частью безрадостное, тревожное, а порой мучительное содержание навязчивостей. Навязчивости могут возникать периодически, если они ассоциированы с фазно-протекающими депрессивными состояниями — атипическая депрессия (точнее — депрессия с навязчивостями). Сравнительно редки случаи сочетания навязчивых расстройств с гипоманическими сдвигами настроения. Содержание навязчивостей при этом меняется на противоположное. Переживание навязчивостей как тягостных, одолевающих и чуждых личности явлений в этом случае притупляется, их содержание становится более оптимистическим.

Синдром нервной анорексии. Ослабление или утрата чувства голода, возникающее в связи с психогенными факторами (нередко в сочетании с явлениями дисморфофобии) после длительного отказа от приема пищи. Наблюдается обычно в подростковом возрасте, чаще у девочек. Встречается также у женщин в зрелом возрасте и даже во второй половине жизни, хотя описания поздней анорексии ставятся под сомнение. Некоторые авторы (Коркина, 1963; Тищенко, 1971) разграничивают истинную или первичную нервную анорексию, при которой аппетит при заболевании исчезает с самого начала; вторичную, ложную или психогенную анорексию, характеризующуюся сознательным лишением еды с целью похудения. Отказ от пищи может быть и периодическим, иногда перемежается с состояниями нервной булимии. Последнее обстоятельство не имеет отношения к ремиссии — возвращение или усиление аппетита может служить предвестником последующих страхов, тяжелых депрессивных реакций, самоубийства. С нервной анорексией не следует смешивать отказ от пищи по бредовым, галлюцинаторным и суицидальным мотивам, а также утрату пищевой потребности при психозах, депрессии, соматических заболеваниях. Пищевую депривацию с целью достижения эйфории при добровольном голодании, где в отличие от вынужденного, могут возникать гипоманические сдвиги настроения, иногда — психозы, следует рассматривать в контексте отклоняющегося поведения, идентичного в психологическом плане с употреблением алкоголя, наркотиков, перееданием и т. д.

М. В. Коркина (1986) различает четыре этапа в динамике типичного синдрома нервной анорексии:

— появление синдрома дисморфофобии, отличающегося от классического варианта меньшей выраженностью депрессии и сенситивных идей отношения, но особенно выделяющегося интенсивной деятельностью в плане устранения физического недостатка;

— нарушение пищевого поведения в виде активных действий для похудения. Условно этот этап завершается с потерей веса на 20—25 кг и развитием вторичных соматических нарушений, импотенции, потери либидо, аменореи, олигоаменореи. Нервную анорексию диагностируют при падении веса не менее чем на 15—20 %. Похудание помимо собственно голодания достигается также изнурительными физическими упражнениями, искусственной рвотой, систематическим промыванием желудка, использованием слабительных средств, аноректиков, наркотиков, курения. В этом периоде выявляются, кроме того, гиперкомпенсаторные формы поведения (любовь к приготовлению пищи, «закармливание» младших детей), ипохондрия, сосредоточенность на ограничении в еде, страхи восстановления аппетита. Отталкивающий внешний вид, приближающийся к кахексическому, пациентов совершенно не беспокоит, хотя поводов для дисморфофобии теперь становится куда больше, чем ранее;

— значительное похудание — кахексия. Пациенты теряют 50 % веса и более. На этом этапе доминируют соматоэндокринные нарушения, дистрофические изменения внутренних органов, других систем организма. Характерна анозогнозия. Больные по-прежнему остаются довольны своим внешним видом. На фоне резкой астении могут возникать явления деперсонализации — дереализации. Возможен летальный исход;

— выход из состояния кахексии — период, затягивающийся до двух лет и более. Из-за страха поправиться пациенты обычно препятствуют оказанию им помощи. Прибавка в весе влечет депрессивные реакции и рецидивы дисморфомании, нередко предпринимаются новые, еще более изощренные попытки похудеть.

Нервная анорексия некоторыми авторами рассматривается как самостоятельное заболевание; в качестве синдрома чаще встречается при шизофрении, истерическом неврозе.

Синдром невротической депрессии. Под невротической понимают группу непсихотических депрессий, обусловленных психотравмирующими факторами (внутренние психологические конфликты, межличностные конфликты, потери). Наблюдается снижение настроения с выраженной эмоциональной лабильностью, напряжением и легкой тревожностью часто в сопровождении астении, нарушений сна и аппетита. Способность к положительным эмоциональным реакциям не утрачивается. Пациенты связывают

происхождение болезненных явлений с влияниями неблагоприятных внешних обстоятельств. Внутренние конфликты большей частью не осознаются. Как правило, в клинической картине болезни отсутствуют признаки психической и моторной заторможенности, не типичны витальный компонент депрессии, идеи самообвинения, а также свойственные эндогенной депрессии суточные колебания настроения (ухудшения настроения и самочувствия в утренние часы); настроение больных может ухудшаться в разное время, часто к вечеру, что скорее всего связано с утомлением. Отношение к суицидальным мыслям, если таковые, возникают, двойственное. Основные качества личности сохранены, определяется ясное осознание болезни, поведение и взаимоотношения с окружающими грубо не нарушаются. Вместе с тем самовосприятие и оценка внешних событий могут быть искажены действием механизмов психологической защиты (вытеснение, рационализация и др.).

Невротическая депрессия может быть основным проявлением невроза (депрессивного невроза) или возникать на отдельных этапах развития других его форм. Она наблюдается также в начальной стадии невротического развития личности. Клиническая картина в последнем случае несколько отличается от вышеописанной. В переживаниях больных отсутствует отражение психогенной ситуации, нет проекции тоскливого аффекта на будущее. Депрессия приобретает витальный оттенок. Присоединяются ранние ночные пробуждения, а позднее — ухудшение самочувствия и настроения в утренние часы. Наблюдается некоторое снижение активности и инициативы, сужение круга интересов, выраженная слезливость и, наконец, излишняя говорливость (Лакосина, 1968). О невротическом развитии, как полагают, можно говорить по истечении пяти лет от начала невроза. Длительность депрессии в рамках невротического развития составляет несколько лет. В последующем выявляются изменения характера разного типа, то есть выраженный в той или иной степени дефект личности.

Невротическая ипохондрия. По С. С. Корсакову, при ипохондрии пациент ищет у себя болезни, которых у него нет. Античные врачи связывали это состояние с областью подреберья («ипохондрия» — «то, что под хрящом» (грудиной)). В начале XIX в. считалось, что это особое психическое заболевание (Falret, 1822; Dubois, 1840). С начала XX в. ипохондрию стали рассматривать в качестве синдрома, наблюдающегося при различных заболеваниях. Часто ипохондрический синдром встречается при неврозах (неврастении, истерии, неврозе навязчивых состояний); многими авторами допускается существование ипохондрического невроза. Невротической ипохондрии свойственны реактивно, то есть психогенно обусловленные и объективно необоснованные сомнения, опасения и страхи по поводу своего здоровья, некоторые снижения настроения, активная борьба личности с болезнью, четкое выделение и адекватное словесное обозначение больными своих симптомов (Скворцов, 1961; Карвасарский, 1980; Свядош, 1982). Опасения и страхи за здоровье носят навязчивый и психологически понятный характер. Некоторые авторы (Свядош, 1982) считают постоянным

признаком ипохондрического невроза наличие психогенно обусловленных простых и элементарных сенестопатических ощущений (алгий). Ипохондрические переживания, связанные с сенестопатиями, обозначаются иногда как «сенсоипохондрия», в отличие от так называемой «идеоипохондрии», при которой первично возникают сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания (Leonhard, 1959). О систематике ипохондрических расстройств, принятой в отечественной психиатрии, см. «ипохондрический синдром». Истерический симптомокомплекс. Чрезмерная эмоциональная лабильность с аффектацией и демонстративностью поведения сочетается с драматизацией имеющихся болезненных явлений, повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, склонностью к фантазированию. Наблюдаются многочисленные расстройства двигательных, сенсорных и телесных функций, часто имитативные и соответствующие упрощенным представлениям об анатомии и функции органов. Таковы, например, конверсионные, возникающие по механизмам психосоматического переключения внутренних конфликтов, расстройства. В психоанализе такие симптомы расцениваются, как символический язык органов. Имеются в виду параличи, парезы, гипо- и анестезии, амавроз, явления аналгезии, истерический сурдомутизм, расстройства равновесия, походки (астазия — абазия). Следует подчеркнуть, что эти и другие истерические симптомы имеют не только психологическую, но весьма часто и органическую основу, в частности, серьезную нервно-психическую и соматическую патологию. Другую группу составляют истерические диссоциативные симптомы, характеризующиеся явлениями возбуждения ранних незрелых функциональных систем. — Типичным представителем диссоциативных нарушений считают функциональные или «истерические» припадки. Впервые возникая в связи с психическими потрясениями, припадки в последующем могут «запускаться» при одном воспоминании о них, провоцироваться по механизмам условной связи. Припадки возникают обычно на публике и никогда в одиночестве или во время сна. Характеризуются разнообразными выразительными действиями, порой напоминают пантомиму и имеют какой-то скрытый смысл. Пациенты могут при этом выкрикивать отдельные слова, фразы, например, команды («командная истерия»), брань, восклицания, стоны. Контакт с внешним миром полностью не прерывается, комментарии и поступки присутствующих способны модулировать картину припадка. Внезапным резким воздействием (окрик, резкий запах и т. д.) припадок можно прервать. Пациенты не расшибаются, так как падают осмотрительно, не бывает прикусов, упускания мочи, кала, семени, фотореакция зрачков сохранена. Припадки длятся десятки минут и спонтанно прекращаются с наступлением истощения. Амнезии не бывает, обычно сохраняются отдельные воспоминания о собственных ощущениях и внешних впечатлениях во время припадка. Двигательная формула припадков никогда не воспроизводится в стереотипной манере, всегда бывают какие-то вариации. Помимо больших истерических припадков существуют и малые, напоминающие полубморочные состояния. К диссоциативным явлениям относятся также тремор, спазмы, боли, истерические трансы, другие подобные нарушения. Весьма важной

особенностью истерических расстройств является их возникновение по механизмам условной приятности или желательности, что, по выражению П. Жане, определяет своеобразное отношение к заболеванию — «прекрасное равнодушие». Характерна нозофильная реакция личности на болезнь. Заметное сопротивление истеричные пациенты оказывают попыткам лечить их, проявляют недоверчивое отношение к различным методам терапии или отвергают их под разными предлогами, опасаясь расстаться с ролью больного человека. Как правило, особенно любят «гипноз», всякого рода целителей, склонны окружать свою болезнь ореолом мистицизма. Как и другие виды неврозов, истерический сопровождается разнообразными, хотя и малоспецифическими, проявлениями психовегетативного синдрома. Некоторые локальные вегетативные расстройства могут указывать на истерическую их природу: ощущение «кома» в горле — «глобусная истерия», ложная беременность, икота, монокулярная диплопия, дисфагии. Неспецифический характер вегетативных нарушений с позиций психоаналитической психосоматики объясняют более глубоким вытеснением травмирующих представлений нежели тот, что лежит в основе конверсионных явлений. Сочетание многочисленных истерических симптомов с ипохондрическими нарушениями объединяют под названием болезнь или синдром Брике.

**Логоневроз.** Условно относится к системным неврозам. Чаще начинается в детстве, с 3—5 лет. Развивается нередко остро, после эмоционального потрясения, в этом случае ему предшествует мутизм. Может появляться в неблагоприятной речевой среде (заикание у сверстников, форсированное изучение иностранного языка, повышенные требования к речи). В начальном периоде заикания преобладают тонические судороги в вокальной и дыхательной мускулатуре. Позже присоединяются тонико-клонические судороги в артикуляционной мускулатуре. Выявляются нарушения речевого дыхания, синкинезии в мышцах лица, шеи, плечевого пояса, а также повышение тонуса вокальных мышц. У детей, но особенно у подростков может быть выражен страх речи — логофобия. Настроение подавлено, дети чересчур стеснительны, обнаруживают сенситивные идеи отношения. Часто замыкаются, отказываются от ответов в классе или предпочитают письменные ответы. Логофобия усиливает заикание, порой делает речь невозможной.

От невротического отличают неврозоподобное и органическое заикание. Неврозоподобное заикание возникает на фоне органического либо связанного с соматическим заболеванием поражения головного мозга. Развивается постепенно. С самого начала наблюдаются тонико-клонические судороги в артикуляционной мускулатуре, а также тикоидные гиперкинезы. Реакция на заикание выражена незначительно вплоть до пубертатного возраста. Интенсивность заикания мало зависит от волнения. Одновременно выявляются органические черты психики. Органическое заикание обусловлено гиперкинезами в артикуляционных мышцах, а также в мускулатуре лица и шеи.

Реакция личности на заикание нередко отсутствует. Выявляются значительные психоорганические нарушения.

От заикания нужно отграничивать спотыкание речи — *poltern*. Это расстройство темпа речи: замедление — брадилалия, ускорение — тахилалия. Нарушена просодическая сторона речи, ее мелодичность. Возникают трудности в подборе слов, построении фраз. Спотыкание речи возникает на основе резидуально-органических повреждений головного мозга.

Писчий спазм. Своеобразная форма нарушения письма, сходная с заиканием. Другие мануальные навыки не страдают. Возникает у много пишущих при повышенных к ним требованиях и отрицательном отношении пациентов к такой работе. Писчий спазм развивается в зрелом возрасте, чаще у мужчин с тревожно-мнительным или истерическим характером. Проявляется судорожным сокращением мышц кисти, предплечья, плеча и шеи во время письма, болями в руке. Иногда, напротив, наступает парез мышц кисти либо преобладает болевой синдром. Указанные явления исчезают сразу же, как только больной бросает перо. Реже наблюдаются другие профессиональные дискинезии: у скрипачей, парикмахеров и т. д. Помимо психогенных в генезе профессиональных дискинезий имеют значение перегруженность двигательного аппарата, эндогенное предрасположение, местная дисциркуляция крови, церебральный атеросклероз.

При психических заболеваниях (в их дебюте, в клинической структуре ремиссий, при медленно прогрессирующем течении) нередко выявляются сходные с невротическими нарушения — неврозоподобные состояния. Дифференциальная диагностика последних сложна. Она строится с учетом всей совокупности клинических данных: наследственной отягощенности, особенностей личностного преморбида, этиологических факторов заболевания, особенностей клинической симптоматики и ее динамики, данных параклинического исследования, результатов проводимого лечения. Разграничение невротических и неврозоподобных синдромов часто ставят в зависимость от того, какую роль в их генезе играют психогенные факторы. Предполагается, что невротические расстройства обусловлены в первую очередь психогенными воздействиями, а неврозоподобные расстройства — физиогенными (экзогенное или эндогенное поражение). Неясности при таком подходе начинаются с того момента, когда определяется понятие о психической травме или невротическом конфликте. В самом деле, если последние усматривают в затяжных внешних конфликтах, что часто и делается, то не исключено, что при неврозах их, действительно, больше. Но это внешняя сторона дела и формальный, статистический подход проблемы не решает. Остается «за кадром» внутренняя природа конфликтов, их происхождение. Акцентируя внимание на травмирующей ситуации, врач нередко идет на поводу у пациента и разделяет его интерпретации, тогда как действительное положение дел может быть иным. Что касается неврозоподобных расстройств, то нельзя исключить, что в их генезе психологические

конфликты также имеют существенное значение. Правда, наряду с психогенными, наблюдаются также нарушения органического, процессуального происхождения, причем соотношение тех и других часто бывает обратным: чем больше в клинике болезни функционального, тем меньше органического и наоборот.

**Реакции личности на болезнь.** Фобическая реакция — тревога и страхи с переоценкой тяжести заболевания. Так, пациент, вовремя не обращается за помощью к врачу из опасения серьезного диагноза или напротив, по любому поводу вызывает «скорую», боится лечь в стационар, страшится обследований и возможных болей при лечении, теряется при виде незнакомой медицинской аппаратуры, волнуется после разговоров о болезнях. Опасается осложнений, не принимает лекарства либо устанавливает «безопасные» их дозы. Нередко наблюдаются страхи самых безобидных инъекций, других лечебных процедур, а иногда, как случается у детей, тревогу вызывает один только вид белых халатов. Часто выявляется страх повторения болезни, ее затягивания, тяжелых последствий, опасения инвалидизации. Легко формируется зависимость от врача, который рискует превратиться в глазах пациента в нечто вроде транквилизатора.

Сенситивная реакция — чувство стыда, связанное с болезнью. Пациент ощущает свою неполноценность, моральную несостоятельность, греховность, если считает болезнь постыдной и осуждаемой. Не решается сообщать о ней, медлит с обращением за помощью, скрывает ее проявления. Как правило, испытывает сенситивные идеи отношения: подозревает, что окружающие знают о его болезни, презирают его, говорят о нем, распускают слухи. В связи с этим замыкается, избегает контактов, пытается справиться с ней самостоятельно или лечиться в приватном порядке. Очень болезненно воспринимает замечания в свой адрес, держится скованно и напряженно, склонен к депрессии и импульсивным реакциям.

Депрессивная реакция — переживание чувства вины из-за болезни. Подавленное настроение сочетается с самообвинениями в нарушениях лечебного режима, в отклонениях от здорового распорядка жизни, в легкомыслии и безответственности, а иногда и с мазохистическими тенденциями («так тебе и надо...», «доигрался, вот и получил, поделом тебе»). Болезнь может восприниматься как заслуженная кара свыше, как возмездие и справедливое наказание. Аутоагрессивные тенденции могут стать серьезным препятствием к своевременному и полноценному лечению, побуждая пациента отклонить предлагаемую помощь, не выполнять необходимых рекомендаций, хотя пациент вроде бы осознает неправильность подобного поведения. Нередко чувство вины возникает перед близкими людьми («эгоист, я не думал о других, только о себе беспокоился... как теперь детям смотреть в глаза буду»). Замечая нездоровье детей, пациенты винят себя в передаче «плохой» наследственности. Отказываются от ухода за собой, не желая быть бременем для окружающих. Считают, что врач уделяет им слишком



много внимания. Если не наступает быстрого выздоровления, винят в этом себя и могут скрывать проявления болезни («сколько будут возиться со мной, пора и честь знать»). Не выкупают дорогостоящих медикаментов, нарушают режим питания, если думают, что ущемляют достаток других, торопятся с выпиской на работу, предполагая, что там их поведение могут расценить как симулятивное («другим намного хуже, но они работают»). Депрессивная реакция на болезнь встречается у гипотимных личностей, нередко свидетельствует о депрессивных сдвигах настроения. Часто наблюдается на выходе из психотического приступа и указывает в этом случае на депрессивный его шлейф.

Ипохондрическая реакция — погружение в болезнь. Последняя становится центром внимания и интересов пациента. Он не может либо даже не пытается отвлечься от мыслей о болезни, все прочие аспекты жизни смещаются на периферию сознания или полностью вытесняются. В разговоре «вязнет» на теме болезни, задает множество вопросов, пытаясь доискаться до ее первоисточков. Отмечается склонность к фармакофилии, иногда, напротив, привередливость в выборе средств лечения. Часто настороженно относится к врачам, особенно если они не разделяют ипохондрических интерпретаций. Повторение ипохондрических реакций и их фиксация может вести к ипохондрическому развитию личности.

Истерическая или нозофильная реакция — бегство в болезнь, которая становится средством преодоления психологических проблем и манипулирования окружающими. Это потребность в заботе, внимании, опеке, желание удивить, вызвать панику чем-то из ряда вон выходящим, удержать жену или мужа, возбудить чувство вины и др. Эта реакция может быть также выражением природной склонности к мистификации, лишенному мотивов корысти надувательству. Достаточно часто истерическая реакция на болезнь связана с асоциальными, паразитическими установками. Это проявляется, в частности, симуляцией — имитацией болезни с целью избежать ответственности или получить незаслуженное вознаграждение; метасимуляцией — намеренным сохранением симптомов болезни после того, как она миновала; аггравацией — умышленным преувеличением проявлений болезни; сюрсимуляцией — сознательным изображением мнимой болезни при наличии другой, реальной, но обычно скрываемой. Пациенты с истерической реакцией на болезнь часто неискренни, склонны к сочинительству, постоянно меняют жалобы, порой заимствуя новые из опыта других больных, крайне неохотно расстаются с больничной койкой и ролью пациента, в которой чувствуют себя более комфортно, нежели в качестве здорового человека. Демонстративно стремятся убедить окружающих и врача в факте серьезной болезни, обижаются на них, когда они не склонны в это верить, типичны «обострение» болезни перед выпиской, миграция от врача к врачу или детская привязанность к тем из них, от кого исходит «понимание» и родительское отношение. Иногда ревнуют врача к больным, которым он уделяет больше внимания.

Дисфорическая реакция — раздражительность, озлобленность, со склонностью винить окружающих в своей болезни, мстить им за это. Пациенты добиваются наказания виновных, например, подают в суд на учреждение или предприятие, где они «потеряли» здоровье. Более всего их волнует не сам факт болезни, а возможность восстановить «справедливость» — тут можно говорить также о сутяжно-паранойяльной реакции, иногда весьма длительной и переходящей в развитие. Объектом сутяжничества может быть сам врач, если он «неправильно» лечил и тем более «специально» все делал во вред пациенту. Озлобление прорывается и в таких действиях, как спаивание неопытных людей, провоцирование пациентов с зависимостью, намеренное распространение инфекции, например, туберкулезной и венерической, злорадство при виде страданий других людей и «ненависть» по отношению к здоровым. В отделении больные придирчивы, постоянно чем-то недовольны, часто вступают в конфликты, бывают грубы, заносчивы, требуют внимания к себе, легко переходят к ультиматумам и угрозам. Под маской агрессии нередко скрывается страх, чувство беспомощности и растерянности, но это не всегда ясно осознается самими пациентами и понимается окружающими.

Эйфорически-анозогностическая реакция — непонимание факта болезни или недооценка ее тяжести в сочетании с благодушием, необоснованным оптимизмом и наплевательским отношением к вопросам лечения. Наблюдается большей частью у пациентов с органическими повреждениями головного мозга, при алкоголизме и токсикомании, иногда при эпилепсии.

Суицидальная реакция — мысли и действия в направлении самоубийства, мотивация которого связана с переживанием и осознанием болезни. Возможна у разных пациентов и в рамках различных реакций на болезнь: депрессивной, ипохондрической, истерической, сенситивной. Иногда бывает обусловлена жестокими, невыносимыми болями, страхом перед умиранием при неизлечимых заболеваниях, ужасом, охватывающим человека, осознавшего факт психического заболевания, мучительным стыдом из-за «позорной» болезни, дискредитирующей пациента. Может быть также следствием психического шока, наступающего после прямолинейного объявления врачом диагноза безнадежной болезни, порою диагноза, который, как потом выясняется, оказался неподтвержденным.

Регрессивная реакция — снижение уровня мотивации и поведения, наступающего в связи с осознанием болезни. Это например, покорность, отказ от активности в роли пациента, нацеленность на инвалидность, склонность к праздности, пьянству, вымогательству и попрошайству, инфантильная зависимость от врача, лекарств и многое другое, отчасти упомянутое в других формах реакции на болезнь. У психиатрических пациентов иногда появляется ощущение вседозволенности и свободы от моральных ограничений: «Я дурак, теперь мне все можно, ни за что отвечать не буду».

Утилитарная реакция — в противоположность регрессии это прогрессия, повышение уровня мотивации и поведения, обусловленное сознанием болезни и приближением роковой черты. Пациенты отказываются от лечения, если не верят в его эффективность или не желают тратить на него быстро тающий остаток жизни. Всю свою энергию целиком посвящают делам, с которыми связывают цель своего существования, желая умереть с чистой совестью и сознанием своего человеческого достоинства. История хранит память о многих таких людях, умерших за последней недописанной книгой, картиной, иконой, во время научного опыта или постройки храма. Еще больше безвестных, скромных, но великих в своей человечности людей, столь же достойно завершивших свою жизнь.

Эргопатическая реакция — сокрытие, диссимуляция болезни, если она препятствует профессиональной деятельности. Особенно часто встречается у пилотов, машинистов, водителей и вообще там, где доступ к работе регламентируется очень жестко. Диссимуляция нередко наблюдается у пациентов, настойчиво стремящихся к выписке по болезненным мотивам, например, у депрессивных больных, склонных к самоубийству, у больных с бредом ревности, у желающих избавиться от психиатрического диагноза и в ряде других случаев.

Реакция отчуждения — отстраненное переживание перенесенной болезни как случившегося не на самом деле, происшедшего «во сне», «в воображении», «не со мной». Это «какой-то бред, я стараюсь поскорее о нем забыть, вспоминать это неприятно». «Кажется, это было очень давно и никогда не повторится». «Не верю, что такое вообще бывает, это что-то нереальное».

### 3.1. Психология личности

Личность—совокупность психических свойств, включающая динамические тенденции, особенности темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая направление деятельности, индивидуальные возможности и поведение (Рубинштейн, 1946).

**Динамические тенденции личности.** Это ее потребности, интересы, склонности, идеалы и ценности, а также установки. Потребности—«нужда» организма в том, без чего нормальное его функционирование невозможно. У человека существует сложное и иерархически организованное единство различных потребностей, как врожденных (потребности в пище, безопасности и др.), так и приобретенных (потребность в труде, общении, интеллектуальные и эстетические потребности и др.). Момент зарождения или актуализации той или иной потребности субъективно определяется как неясное, смутное, беспредметное состояние внутреннего напряжения — влечение; с момента осознания объекта потребности оно становится стремлением. Интересы — состояние сосредоточенности на объекте потребности, желание ближе

познакомиться с ним, глубже его понять. Склонность — направленность на определенный вид занятий, потребность в каком-либо определенном виде деятельности. Поведение человека во многом определяется имеющимися у него представлениями о долге, обязанностях, о нравственных нормах или, другими словами, идеалами личности. Личностные ценности — представления об объектах или видах деятельности, связанных с удовлетворением основных потребностей и смыслом жизни индивида. Установка — состояние мобилизованности, готовности к какому-либо виду деятельности, отражающее упрочившееся отношение человека к существующим проблемам и явлениям действительности. Весьма существенным компонентом личности являются способности. Различают общую способность и специализированные ее виды. Первая представляет собой ту степень продуктивности, которую субъект обнаруживает в процессе обучения и приобретения навыков в целом. Специальные виды одаренности являются формой выражения общей способности, получившей преимущественное развитие в том или ином направлении.

**Темперамент.** Характеристика силы и подвижности основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Темперамент выражается такими психологическими свойствами, как впечатлительность и импульсивность. Впечатлительность — это глубина и прочность следов внешних воздействий на психику. Импульсивность характеризует ту степень легкости, с какой возникающие побуждения к деятельности реализуются в поведенческие акты. К числу важнейших сторон личности относятся также врожденные особенности аффективной сферы, влияющие на интенсивность, продолжительность и общую направленность эмоциональных реакций и колебаний настроения.

**Характер.** Сложившиеся и упрочившиеся навыки поведения, то, что определяет постоянство и конкретный характер поступков в той или иной ситуации («характер» — «чеканка»). В характере, таким образом, находят внешнее, практическое выражение потребности, интересы, идеалы и другие стороны личности.

Только что приведенный фрагмент текста характеризует, скорее, структуралистский подход к пониманию личности — один из многих ныне существующих. Коротко остановимся на других, но главное — попытаемся интегрировать важнейшие их положения. Все теории личности могут рассматриваться в контексте трех основных направлений. Глубинная психология (психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера, эпигенетическая теория Э. Эриксона, другие течения) в качестве важнейшего выдвигает тезис о том, что развитие личности детерминировано главным образом или даже исключительно биологическими факторами, врожденными динамическими тенденциями, влечениями. Между разными школами глубинной психологии нет единства лишь в понимании того, какими являются эти влечения. Внешне противоположную позицию по отношению к ним занимают психологические теории, в которых личность

рассматривается как внутренняя структура, складывающаяся под влиянием обучения или социальных воздействий — бихевиоризм и социально-психологическая модель личности. С указанных позиций личность можно формировать в любом направлении и проблема заключается только в том, какими должны быть нужные для этого внешние влияния. Это несколько напоминает известную теорию изменчивости Т. Д. Лысенко применительно к человеку. Отличие от психоанализа тут лишь кажущееся, — как в том, так и в другом случае человек поставлен в полную зависимость от обстоятельств и в принципе не так уж важно, являются ли они внутренними или внешними. Реакцией на оба упомянутых подхода стало появление гуманистической или «вершинной» (В. Франкл) психологии. Центральным в ней является тезис о том, что главное в личности — это ее духовное начало, и что человек, в конечном счете, создает себя сам. По словам Г. Фихте, каждое животное есть то, что оно есть; только человек изначально — ничто. Тем, чем он должен быть, он должен сделаться... и сделаться сам собою, своей свободой; я могу быть только тем, чем я сделаю себя сам.

При всех важных различиях между ними, упомянутые направления психологии личности дополняют друг друга, поскольку каждое из них ориентировано на изучение разных аспектов целостной структуры: биологических, психологических, социальных и духовных. Тем самым проясняется проблема структурирования личности.

Структура личности может быть представлена в виде иерархически построенной системы ряда уровней (свойств, качеств): биологического, индивидуально-психологического, социально-психологического и духовного. Биологический уровень представлен врожденными и формирующими в первые месяцы жизни после рождения качествами, такими, как типы телесной конституции, психомоторики и психосоматического реагирования; влечения, темперамент, задатки, общее отношение к себе и внешнему миру (экстраверсия или интроверсия), аффективная установка, эмпатия, активность, контактность и способность к формированию привязанностей. Индивидуально-психологический уровень характеризуют особенности инструментальных психологических функций: внимания, памяти, мышления и т. д. Социально-психологический уровень образован из качеств, отражающих влияние социальных структур на человека: лидерство, конформность, способность к сотрудничеству, партнерству, ролевое поведение. Высший, духовный уровень образуют представления человека о ценностях и идеалах, стремление к самоактуализации, смыслу жизни. Каждому уровню свойствен определенный тип преобладающей мотивации. Биологический — определяется врожденными динамическими тенденциями; индивидуально-психологический — эгоцентрическими, то есть направленными на самого себя; социально-психологический — социальными потребностями, отражающими интересы той или иной группы; духовный — стремлениями к реализации собственных представлений о ценностях, а в субъективном плане — осуществлению высших ценностей жизни. У конкретного человека каждая из упомянутых

инстанций личности может определять направленность его поведения. Деятельность нижележащих уровней личности по принципу иерархии находится под контролем любой из вышерасположенных, если она является источником мотивации.

Индивидуальное развитие проходит ряд этапов, каждому из которых соответствует доминирование в это время одного из упомянутых уровней организации личности. В момент рождения и короткое время после него (первые месяцы жизни) — это биологический этап, преформированный генетическими программами. На втором этапе личностного развития (до 10—11 лет) преобладает эгоцентрическая структура функционирования личности. Ее развитие определяется не только врожденными, но и внешними, в первую очередь семейными влияниями. Третьим является этап развития социальных качеств и решающее значение приобретает воздействие социальных структур, в которые включена личность. Он завершается к 18—20 годам. Последним является этап созревания сущностных, духовных инстанций личности. В основном, этот этап завершается к 40—45 годам жизни, когда человек достигает вершины развития и обретает, наконец, свое подлинное лицо (или становится ясно, что ничего такого у него нет и уже никогда не будет). В этот период основное значение в развитии имеет внутренняя работа над осмыслением жизни и от самого человека зависит, кем он в конце концов станет, здесь он действительно создает себя сам.

Индивидуальное развитие может завершиться на любом из промежуточных этапов, так что постоянно существует риск задержки развития и формирования в том или ином отношении незрелой личности. При психическом заболевании этот процесс нередко протекает в обратном порядке, приводя тем самым к последовательной регрессии личности. Старение личности, по-видимому, также может быть описано в терминах регрессии. Регрессия личности возможна в любом возрасте. В детской психопатологии специально выделяется класс клинических явлений, объединяемых понятием «регрессивные синдромы» (в возрасте от 1 до 7 лет). Это утрата навыков ходьбы, речи, опрятности, утрата коммуникативных элементов речи, мутизм, появление эхо-синдрома Вернике (эхолалия, эхокинезия, эхомимия), атетоидные и стереотипные движения. У взрослых пациентов это появление в психическом облике черт ювенилизма, детскости, что считается особенно характерным для шизофрении. Регресс может быть очень глубоким, «эстолько, что больные становятся крайне неряшливыми, неопрятными, запущенными — симптом Диогена. Некоторые пациенты собирают всякий хлам, превращая свои квартиры в свалки — симптом Плюшкина. В психологическом плане регрессия — способ защиты личности от непосильных для нее внешних требований. Пациент не справляется с трудностями жизни из-за недостатка психической энергии, необходимой для сложно организованного поведения. В связи с этим он «плывет по течению» — симптом дрейфа, считающийся характерным признаком шизофрении. Аналогичное явление наблюдается, однако, и при других заболеваниях (алкоголизм, наркомании, органические процессы).

Весьма сложней является проблема типологии личности. Анализ противоречивой литературы на эту тему позволяет выявить следующую закономерность. Существуют разные системы типов личности, каждая из которых претендует на универсальность, но фактически все они ориентированы лишь на какой-то один из упомянутых уровней или инстанций личностной структуры. Так, типологии, основанные на учете особенностей сложения тела (Кречмер, Шелдон), гормональной конституции (Брегман), темперамента (Павлов), апеллируют к органическому слою личности. Личностные типы К. Юнга —экстраверты и интроверты — построены на базе первичных психологических свойств, а система И. П. Павлова — художественный, мыслительный и средний типы — психологических качеств. Классификация К. Леонгарда основана на разных критериях, вернее на их смешении, отчего она выглядит противоречивой. Тем не менее она адресована, в основном, эгоцентрическому уровню личности. Система «жизненных форм» Э. Шпрангера принимает во внимание лишь духовные ориентации личности. Типология соматических профилей личности Данбар акцентирует внимание на психологических и социальных свойствах личности, имеющих, как предполагается, непосредственное отношение к особенностям психосоматического реагирования.

Попыток интегрировать столь разные подходы к разграничению типов личности до сих пор, кажется, никто не предпринимал и трудно представить себе тот руководящий принцип, на основе которого их можно бы осуществить.

И, наконец, еще очень важным является вопрос о формулировании критериев здоровой, нормальной и незрелой или «невротической» личности. Примечательно, что этот вопрос возник лишь в рамках гуманистического направления психологии личности. И это не случайно, как нам кажется, потому, что в других направлениях психологии личность представляется изначально ущербной, поскольку рассматривается без того главного качества, который отличает собственно человека от «голой обезьяны» или общественного, говорящего животного — его духовного ядра, ответственности и свободы, его стремления к осмысленной жизни.

Наиболее полное определение того, что представляет собой здоровая, зрелая личность, принадлежит, на наш взгляд, А. Маслоу. Характерными чертами самоосуществляющейся личности автор считает следующие:

- действенное (эффективное) восприятие реальности и уверенная ориентировка в ней;
- согласие со своим собственным «Я», с другими индивидуумами и природой;
- спонтанность, как способность ценить искусство, веселое времяпрепровождение, способность к активной целеустремленности.

Зрелая личность не угнетена условиями и умеет испытывать высшие переживания;

— способность решать те или иные задачи, погружаться в проблемы, не занимаясь при этом собой;

— внутренняя свобода. Нуждаясь в уединении, человек, обладающий внутренней свободой, склонен к дружбе и выявляет в достаточной степени свои привязанности, которые при этом не назойливы и не содержат в себе собственнических тенденций;

— относительная независимость от культурных условностей и условностей своей среды (лесть или критика не коверкает их основной линии жизни и развития);

— постоянная свежесть оценок;

— неограниченность умственного горизонта и искренний интерес к «последней сущности вещей» — фактор религиозной зрелости;

— социальное чувство (расположенность к другим, сочувствие к близким);

— способность устанавливать необычайно тесные, глубокие личные связи избирательного характера, то есть способность уважать каждое человеческое существо потому, что он человеческий индивид;

— этическая определенность — четкое различие справедливости и несправедливости в повседневной жизни;

— понимание юмора (невраждебное отношение к юмору);,

— продуктивность, способность накладывать индивидуальную печать на свои дела.

Невротической личности, следовательно, свойственны противоположные черты, из которых можно упомянуть отсутствие реализма, индивидуальности, тенденции к саморазвитию, социальные и личные проблемы, обусловленные сосредоточенностью на себе, дезинтеграцию.

Кроме того, невротическую личность отличает система психологической защиты, которая стоит на пути реалистического восприятия окружающего и оценки собственного «Я». Из двух возможностей — изменить себя и ситуацию или сохранить иллюзорные представления о себе, невротик предпочитает последнее. В отечественной психологии и психиатрии невротические личности принято разграничивать на акцентуированные и психопатические. Описания тех и других сходны, четких критериев отличия между ними нет.

### **3.2. Расстройства личности**



**Психопатические состояния.** Характеризуются глубокими, тотальными и стойкими нарушениями структуры личности («дисгармония личности»), клинически выражающимися неправильными, неадекватными реакциями и поступками («бред поступков») в ответ на различные требования жизни, нарушениями поведения и адаптации в социальной среде при наличии формально сохраненных мнестико-интеллектуальных функций.

Общепринятой типологии психопатических состояний не существует из-за их богатства и многообразия. Ниже представлены краткие описания наиболее часто встречающихся психопатических и психопатоподобных состояний, основывающиеся на принципе выделения ведущих, облигатных для соответствующей психопатической личности характерологических черт.

Эксплозивный (взрывчатый) тип психопатической личности. Характеризуется повышенной аффективной возбудимостью, чрезмерной силой эмоциональных реакций и крайней импульсивностью. Можно определить это как склонность к состояниям физиологического и патологического аффекта. По различным, порой незначительным поводам возникают бурные аффективные разряды с резким двигательным возбуждением, аффективным сужением сознания и нередко в сопровождении разрушительных либо агрессивных действий, направленных на окружающих или на самого себя — «это лица, которые сотрясают по очереди семью, школу, армию и, наконец, работу». Им свойственны также мрачность, угрюмость, периодически возникающие непродолжительные дисфории, жестокость, неуступчивость. Активные, энергичные, они неспособны вместе с тем к длительной целенаправленной деятельности и подолгу не удерживаются на работе, чему препятствуют, кроме того, неизбежные конфликты. Типичными являются расторможенность, чрезмерная сила и напряженность влечений, нередко склонность к рискованным предприятиям, перверсиям, сексуальным эксцессам, вследствие чего криминальный анамнез и деструктивное влияние уголовной среды нередко дополняют их биографию и психический облик. Данный тип психопатии чаще имеет органическую природу.

Истерический тип психопатической личности. Его характеризует прежде всего потребность находиться в центре всеобщего внимания, «жажда признания», и очевидное несоответствие между чрезмерной претенциозностью, желанием выделиться среди окружающих и действительными, явно недостаточными для этого ограниченными возможностями. Это люди неглубокие, поверхностные, неорганизованные, лишенные твердых и реалистических взглядов на жизнь, гармонической и адекватной системы личностных ценностей. Поведение их обращает внимание театральностью, ходульностью, экстравагантностью, непостоянством, отсутствием простоты и искренности. О таких говорят, что они стремятся выглядеть гораздо значительнее, чем являются на самом деле, пережить больше, чем они в состоянии пережить, что скорее они «хотят казаться, а не быть». Истерикам свойственны также завистливость, скандальность,

лживость, отсутствие прочных привязанностей, неспособность разграничивать действительность и вымысел, эксцентричность в манерах, одежде, вкусах и увлечениях, нарциссизм и склонность к реакциям бегства в болезнь, которая превращается в подобие щита, отражающего непосильные для них требования жизни. Формирование истерической психопатии в значительной, если не определяющей мере связано с неблагоприятными семейными условиями (воспитание кумира, любимчика).

Астенический тип психопатической личности. Этот тип отличает неспособность к длительно му физическому, эмоциональному и интеллектуальному напряжению, повышенная утомляемость, истощаемость, недостаток выносливости. Как правило, наблюдается неуверенность в своих силах, боязливость, малодушие, конфузливость. Характерна обостренная впечатлительность, чрезмерная хрупкость, повышенная ранимость. Астеникам, вместе с тем, присуще чувство уязвленного самолюбия и связанные с ним раздражительность, а также частое появление депрессивных реакций, отражающих сознание собственной несостоятельности. Чувство неполноценности имеет в своей основе несоответствие между высоким уровнем притязаний (желаемых достижений) и низким уровнем ожидания (адресованных к себе требований). Нередко психопатические личности данного типа обращают на себя внимание постоянной озабоченностью своим здоровьем, склонностью к ипохондрическим и фобическим реакциям, возникающим даже при незначительном недомогании. Упомянутые особенности личности астеников иногда могут маскироваться такими вторичными компенсаторными образованиями, как заносчивость, развязность, напускная суровость, подчеркнутая независимость, связанными с активацией механизмов психологической защиты. Компенсация может быть избыточной и порождать проблемы в межличностных отношениях (гиперкомпенсация). Генезис астенической психопатии скорее связан с органическими причинами.

Психастенический тип психопатической личности. Он характеризуется постоянно повышенным уровнем тревожности — «как бы чего не вышло», — крайней нерешительностью, мнительностью, бесконечными сомнениями в правильности своих наблюдений, выводов, решений и поступков, никогда не покидающим беспокойством за благополучный исход любого дела. Склонность к преувеличению действительно имеющихся трудностей и проблем («из мухи делать слона»), опасениям и тревожным предчувствиям позволяет называть психастеников людьми, «вся жизнь которых является героическим примером неустанной и бесплодной борьбы с самим собой». Психастенический склад личности часто способствует формированию и фиксации невротических расстройств, в клинической картине которых преобладают разнообразные навязчивости. Компенсаторными характерологическими особенностями нередко становятся утрированный педантизм, мелочная исполнительность, скрупулезное точное следование различным требованиям и предписаниям, категоричность и бескомпромиссность в вопросах морали и этики, мечтательность. В

этом находят выражение различные защитные стратегий, в частности, отрицание реальности, идентификация. Происхождение психастенической психопатии связано в первую очередь с врожденными факторами.

Аутистический или шизоидный тип психопатической личности. Он характеризуется признаками врожденной эмоциональной недостаточности, выражающейся слабой откликаемостью, холодностью, сниженной потребностью в контактах и узким кругом привязанностей. Шизоиды могут «любить человечество», но редко проявляют глубокие и непосредственные чувства к кому-либо из окружающих людей. Интересы оторваны

от реальной повседневной действительности, нередко однобоки, странны и непонятны, взгляды, суждения и оценки зачастую очень далеки от общепринятых, оригинальны, необычны. Шизоиды — это интроверты с изначально присущей им недоверчивостью к внешнему миру, боязнью нового, дистанцированием от всего непривычного для себя, с трудностями присвоения. Интравертированность позднее обрастает склонностью к спекулятивным умозрительным схемам, через призму которых шизоиды воспринимают и оценивают реальный мир. Это можно сравнить с интеллектуализацией — механизмом психологической защиты, скрывающем ощущение уязвимости и неуверенности в себе посредством отвлеченных рассуждений. Частой особенностью шизоидной личности является своеобразная диссоциация между рафинированной интеллигентностью, утонченностью и явлениями моторного недоразвития — шизоиды большей частью неловки, неуклюжи, угловаты, их движениям недостает естественности, плавности, непринужденности, мимика лишена живости и ограничена набором стандартных выражений, голос мало модулирован, плохо вырабатываются мануальные навыки. Вместе с тем корковая моторика может быть развита нормально и даже превосходно — среди шизоидов встречаются одаренные скрипачи, пианисты, высококвалифицированные мастера ручного труда. Наблюдается также несоответствие между тонкой, обычно избирательной эмоциональной чувствительностью, сенситивностью и аффективной тупостью, «деревянностью», холодностью. Вообще шизоиды — люди крайних чувств и эмоций: они либо восхищаются, либо ненавидят. Отмеченная полярность аффективной жизни шизоидов, — так называемая психоэстетическая пропорция, — лежит, по мнению Е. Кречмера, в основе шизоидного темперамента. Шизоидам свойственны, кроме того, упрямство, ригидность, бескомпромиссность, неспособность к эмпатическому сопереживанию.

Психопатия шизоидного склада обусловлена конституциональными факторами, хотя эта ее трактовка не может быть принята без оговорок.

В детской психопатологии глубокая шизоидизация личности рассматривается в рамках синдромов раннего детского аутизма

(Каган, 1981; Козырев, 1985). Важнейшими проявлениями детского аутизма считают обеднение эмоциональной сферы (аффективная блокада), ослабление привязанностей, стремление ребенка к уединению, страх всего нового (неофобия), боязнь всякого рода перемен в привычной обстановке (феномен тождества), медленное формирование чувства собственности, то есть присвоения или включения в сферу принадлежности к «Я» различных объектов (аналог деперсонализации). Типичны некоторые особенности моторного развития (неловкость, необычный характер поз и движений, стереотипно повторяющиеся причудливые движения). Дети предпочитают странные игры, задают заумные вопросы. Так, девочка вырезает из книг картинки, играет только ими. Или раскладывает книги по всему полу и играет над ними конструктором. Часто играет пальцами: указательный изображает голову воображаемого персонажа, а два соседних — его руки. Играет одна, запирает двери, никого к себе не впускает и при этом очень громко разговаривает, кричит. Аутичные дети играют посудой, обувью, пуговицами, банками, железками и прочими вещами. Используют и игрушки, но редко, а иногда очень привязаны к ним. Так, мальчик не расстается с плюшевой собачкой, берет ее в школу, в постель, ставит на телевизор, когда его смотрит, гуляет и делает с ней уроки. Часты игровые перевоплощения. Так, в течение месяца девочка просит не называть ее по имени, считая себя Изаурой. Или представляет себя конем, при этом скачет, подражает его ржанию, отказывается говорить. Некоторые дети не любят своего имени, не отзываются, когда их зовут по имени, сердятся, просят звать другим именем. Встречаются различные нарушения речи (неологизмы, эхолалия, фонографизмы, речевые стереотипии, задержка коммуникативной функций речи, сочетание взрослых форм и лепетной речи, антипатия или, напротив, непонятное предпочтение по отношению к отдельным фонемам и словам). Возникают проблемы с использованием личных местоимений, разграничением живых объектов от неодушевленных, половой идентификацией. Дети не склонны подражать близким, не повторяют в играх наблюдаемые в жизни семьи ситуации. Выявляются различные нарушения вегетативной регуляции, сна, аппетита, аллергические реакции, избирательное отношение к пище. Аутистические тенденции иногда прослеживаются с первых месяцев жизни. Так, дети неохотно берут грудь и скоро от нее отказываются. Не реагируют на нежное обращение, но успокаиваются, когда им причиняют боль. Не тянутся «на ручки», а когда их берут, не обнаруживают признаков «комплекса оживления» — радости, улыбки, лепета, прекращения плача. Отсутствует «феномен постуральной адаптации» — удобной позы, которую ребенок принимает, когда его берут на руки. Дети не гонятся за родителями, иногда как бы не замечают их присутствия, либо, напротив, не отпускают их ни на шаг от себя.

Различают несколько вариантов синдрома раннего детского аутизма. Синдром Аспергера имеет главную отличительную особенность в том, что речевое и интеллектуальное развитие детей идет опережающими темпами при относительном или абсолютном отставании эмоционального и моторного развития. Встречается

преимущественно у мальчиков. В прогностическом плане наиболее вероятным считается переход синдрома Аспергера в аутистическую (шизоидную) психопатию. Синдром Каннера отличается замедленным развитием речи и интеллекта и относительным опережением двигательного развития. Синдром Каннера связывают с шизоидной психопатией, шизофренией, умственной отсталостью. Психогенный аутизм формируется в условиях эмоциональной депривации в первые три года жизни (разобщение с матерью, многократная смена воспитателей). Может сопровождаться задержанным умственным развитием. Органически аутизм связывают с экзогенно-органическими повреждениями головного мозга в раннем постнатальном периоде индивидуального развития помимо аутистических тенденций проявляется замедлением интеллектуального развития и симптомами резидуально-органической патологии центральной нервной системы.

Неустойчивый тип психопатической личности. Характеризуется, главным образом, тем, что поведение такой личности целиком определяется разного рода случайными, сиюминутными обстоятельствами и влиянием окружающих. Как правило, это очень общительные, открытые, доверчивые и простодушные натуры, любители всякого рода развлечений и удовольствий, с типичной для них повышенной жаждой внешних впечатлений, очень внушаемые и податливые, лишенные устойчивых интересов и склонностей, самостоятельности, последовательности и определенности, не принимающие жесткой регламентации своей жизни, полностью зависимые от окружающих, бесхарактерные — «субмиссивные», конформные. Социальная адаптация в какой-то степени возможна при условии жесткого внешнего контроля. Чаще это не удается — неустойчивые психопаты спиваются, становятся бродягами, орудием в руках антисоциальных лиц, наркоманами, проститутками. Генезис неустойчивой психопатии скорее связан с вседозволенным и эгалитарным стилем семейного воспитания.

Попутно отметим некоторые формы семейного контроля, поскольку это имеет непосредственное отношение к формированию психопатической личности (главным образом краевой психопатии):

— аутокритический — родители не интересуются внутренним миром ребенка, его проблемами, не знают и не желают считаться с его желаниями, принуждая действовать в соответствии с собственными представлениями о том, что нужно делать в той или иной ситуации;

— авторитарный — родители знают о намерениях ребенка, но подавляют их, заставляя действовать в конечном счете по своему усмотрению;

— демократический — родители знают и уважают мнение детей, обсуждают их проблемы, избегают осуждения, морализирования и принуждения. Ограничения в условиях такой свободы носят разумный характер;

— эгалитарный — дети ведут себя в семье на равных со взрослыми, имеют право не принимать точки зрения родителей и действовать без должных ограничений со стороны взрослых;

— вседозволенный — дети предоставлены сами себе, контроль со стороны родителей практически отсутствует,

— изнеживающий — ребенок (обычно единственный или последний) воспитывается в атмосфере любования, восхваления, безотказного удовлетворения всех его прихотей, то есть в роли «принца». Тем самым культивируется нарциссизм, самообожание, эгоцентризм;

— амбивалентный — родители исповедуют прямо противоположные воспитательные доктрины, предъявляют противоречивые требования, дают исключаящие одна другую оценки его поступкам, постоянно спорят между собой, причем нередко в присутствии детей.

Параноический тип психопатической личности. Определяется прежде всего склонностью к формированию доминирующих идей и сверхценных образований, основным содержанием которых являются представления о собственной исключительности и элитарности. Характерны эгоцентрическая узость мышления, взглядов, оценок и интересов, тенденция к стойкой фиксации на определенных идеях, большая аффективная заряженность значимых переживаний, стеничность и упорство в достижении поставленных целей. Параноики высокомерны, чванливы, бездушны, им менее всего свойственна готовность к самоограничению и проявлению подлинного альтруизма. Их отличают также недоброжелательное отношение к окружающим, недоверчивость, подозрительность, неблагодарность. Свою враждебность проецируют на окружающих, усматривая в их действиях недобрые намерения. Они не способны ни любить, ни прощать, чего нельзя сказать об их умении мстить, расчетливо и жестоко, беззастенчиво прикрываясь самыми благими целями. Дежурным, почти стоячим оборотом их речи является «справедливость». Сами они, разумеется, борцы за эту справедливость. Их нередко притягивает общественная карьера, где вполне раскрываются мрачные стороны их личности, привлекает борьба за власть, интриги, заговоры, некоторые виды профессий, где они чувствуют себя незаменимыми людьми. Обычно это «правдоискатели», патологические ревнивцы, сутяги, «непризнанные гении», тираны, реформаторы, фанатики или лица, для душевной жизни которых характерны «комплексы постыдной этической недостаточности», и мучающиеся от того, что их пороки могут быть или уже стали известны окружающим.

Аффективный тип психопатической личности. Гипотимики или дистимики отличаются преимущественно подавленным фоном настроения с пониженной способностью радоваться и веселиться, пессимистическим мировосприятием, легкостью появления чувства вины и угрызений совести; это также тихие, незаметные и покорные, безукоризненно честные, порядочные и добросовестные, неуверенные, сомневающиеся и тяжело переживающие неудачи

люди. Гипертимии, напротив, обладают приподнятым настроением, повышенным самочувствием и чрезмерной активностью, им свойственны жажда наслаждений, прожектерство, неусидчивость, болтливость. Аффективно лабильные психопатические личности характеризуются отсутствием душевного равновесия, постоянными и резкими колебаниями настроения по различным поводам. Беспрестанная смена мнений, оценок, намерений, неизменно сопутствующая сдвигам настроения, действует изматывающе, порождает тягостное ощущение внутренней нестабильности, тревогу и неуверенность.

Гебоидный синдром. Относится к психопатоподобным синдромам, приближается, скорее, к шизоидной психопатии (такому ее варианту, как бесчувственная шизоидия). Проявляется патологическим заострением эмоционально-волевых особенностей, которые характеризуют первую фазу пубертатного криза. Наблюдаются утрата позитивных интересов и склонностей, расторможенность и инверсия влечений, эмоциональная холодность, оппозиционное отношение к общепринятым стандартам поведения и моральным принципам, склонность к асоциальному и делинквентному («совершающему проступки») образу жизни. Данный психопатоподобный синдром встречается при психических заболеваниях в подростковом возрасте.

Псевдология — патологическая лживость. Это склонность к мистификации, систематическому обману окружающих, разного рода махинациям, аферам и авантюрам. Это лгуны, жулики, мошенники, плуты, шулеры, проходимцы, попрошайки и вымогатели разного достоинства, превосходно описанные в отечественной литературе (Чичиков, Г. Распутин, О. Бендер). Нередко обладают блестящими способностями и внушают партнерам невольное уважение. Н. С. Лесков рассказывает об англичанине, который (прочитав «Мертвые души» Н. В. Гоголя) был потрясен находчивостью Чичикова, — «Эти русские непобедимы, — заключил неожиданно иноземец — нельзя победить народ, в котором есть такие жулики». Одним из клинических вариантов патологической лживости является синдром Мюнхгаузена, выражающийся лишенным мотивов выгоды стремлением вводить в заблуждение окружающих и прежде всего врачей относительно состояния своего здоровья. Обман достигается сочинением драматических анамнезов болезни, искусной симуляцией различных патологических состояний, имитацией геморрагии, кожных заболеваний, непроходимости кишечника, припадков и др., наносящих очевидный ущерб здоровью. В зависимости, от объекта имитации различают несколько разновидностей синдрома Мюнхгаузена: кожный, геморрагический, гастроинтестинальный и т. п.

Синдром Агасфера — особенность поведения больных наркоманией, связанная со стремлением получить доступ к наркотическим препаратам. С указанной целью больные пытаются симулировать различные патологические состояния, болевые синдромы, являющиеся показаниями к назначению наркотических средств, и с

этой же целью кочуют из одного стационара в другой, нигде подолгу не задерживаясь из опасений оказаться изобличенными во лжи.

Термин «психопатическая личность» в связи с негативной оценочной характеристикой в настоящее время, похоже, дискредитирован. Вместо него предлагается (МК. Б-10) более нейтральное обозначение «специфические расстройства личности». Критерии последнего адекватны предложенным ранее П. Б. Ганнушкиным. Во многом совпадает и типология аномальных личностей, если не считать некоторых отличий в группировках и терминологии. Согласно МКБ-10, различаются: параноидное, шизоидное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное (уклоняющееся), зависимое, а также «другие», «неуточненные» и «смешанные» расстройства личности.

Параноидное расстройство личности характеризуют:

- чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- высокомерие, злопамятность, повышенная самооценка;
- подозрительность, склонность оценивать нейтральное поведение окружающих как недружественное, враждебное;
- морально-этический эгоцентризм;
- склонность к ревности;
- тенденция усматривать тайные мотивы враждебности окружающих там, где в действительности таковых не существует. К данному типу аномальной личности относят фанатиков, экспансивных и сенситивных параноиков, сутяг.

Шизоидное расстройство личности отличают:

- эмоциональная холодность, неспособность испытывать удовольствие, любить, проявлять теплые чувства;
- нечувствительность к оценкам окружающих и социальной регламентации поведения;
- повышенная склонность к интроспекции, фантазиям, умозрительным построениям;
- отчуждение от людей, общества, склонность к уединенной деятельности;
- отсутствие близких людей, дружеских и доверительных связей (или существование лишь одной такой связи), а также нежелание иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности характеризуют:



— бессердечие, жестокость, безответственное и пренебрежительное отношение к существующим в данной культурной среде стандартам приемлемого поведения;

— неспособность завязывать и поддерживать межличностные контакты;

— интолерантность к ситуациям фрустрации, brutальные проявления агрессии;

— отсутствие чувства вины, неспособность извлекать уроки из негативного опыта, в частности, наказания;

— наличие «непробиваемых» барьеров психологической защиты в виде тенденции обвинять других и оправдывать себя.

К данному типу личности относят «социопатов», аморальных, асоциальных и антисоциальных индивидуумов, психопатическое расстройство личности.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуют:

— неустойчивое настроение;

— тенденция действовать импульсивно, без учета контекста ситуации и возможных последствий поступков;

— неспособность планировать и прогнозировать развитие событий;

— значительное снижение эмоционального контроля;

— склонность к неконтролируемым агрессивным действиям.

В рамках данного типа аномальной личности рассматривают собственно импульсивный тип (эксплозивное и агрессивное расстройство личности) и пограничный тип личности. Последнему свойственны хроническое чувство опустошенности и нарушения идентификации «Я». Связанная с этим склонность к эмоциональным кризисам выражается актами аутоагрессии, суицидальными угрозами, аутодеструктивным поведением. В. Франкл усматривает в этом проявления «ноогенного невроза», связанного с экзистенциальной фрустрацией.

Истерическое расстройство личности характеризуют:

— аффектация, преувеличение и наигранное выражение чувств;

— повышенная внушаемость и самовнушаемость, негативизм, упрямство;

— стремление обольщать окружающих и повышенное внимание к своей внешности;

- повышенная активность, имеющая целью быть в центре внимания окружающих;
- поверхностность и неустойчивость эмоциональности;
- манипулятивное поведение в разнообразных ролях («больных», «несчастливых», «беспомощных», «соблазнитель» и т. п.).

Ананкастное расстройство личности отличают:

- чрезмерная осторожность, мнительность;
- приверженность к неукоснительному выполнению установленных правил, инструкций, норм, порядка, педантичное следование социальным условностям;
- перфекционизм, стремление к совершенству, избыточная мотивация поведения;
- приоритет добросовестного исполнения обязанностей в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- авторитарность, стремление все контролировать, ограничение свободы действий других, которые, по мнению пациента, должны все делать в точности так, как он сам;
- склонность к навязчивым мыслям и влечениям. Тревожное расстройство личности характеризуют:
- постоянное общее чувство напряженности и мрачные предчувствия;
- снижение самооценки, касающееся социальных, внутренних и внешних качеств собственной личности;
- болезненно острая реакция в ответ на критику или неприятие в социальных ситуациях;
- уклонение от межличностных контактов, если нет гарантии понравиться;
- боязливость, избегание риска, сужение жизненного круга из-за потребности в физической безопасности; — проблемы самоактуализации, связанные с механизмом самореализующегося пророчества», то есть с ожиданием неудач, критики, отвержения.

Зависимое расстройство личности характеризуют:

- неспособность самостоятельно принимать решения, выражать требования и защищать свои интересы;

- страх оказаться неспособным к самостоятельной жизни, быть предоставленным самому себе;
- повышенная потребность в советах, поддержке, помощи;
- отсутствие ясных представлений, касающихся самоидентичности, жизнь «по чужим рецептам».

К данному типу относят астеническую, неадекватную, а также пассивную и «пораженческую» личности.

В особую группу «других специфических расстройств личности» включают эксцентрических «безудержных», инфантильных, пассивно-агрессивных личностей, а также «психоневротическое расстройство личности».

Сравнение описания и типологии аномальных личностей по МКБ-10 с отечественной не показывает очевидных преимуществ первой перед второй. Более того, МКБ-10 исключает такие традиционные типы расстройств личности, как тимопатические, epileptoидные. Она, как и другие типологии, основана скорее на эмпирических подходах к разграничению типов личности. При этом акцент делается на биологических причинах формирования аномальной личности без учета того факта, что развитие личности связано также с семейными, социально-психологическими, культурными и духовными влияниями.

От «специфических расстройств личности» отличают «хроническое изменение личности после переживания катастрофы». Примерами стресса катастрофы могут быть пребывание в концентрационных лагерях, положение в блокаде, плену или в качестве заложника с постоянными ожиданиями быть убитым, инсценирование смертной казни, казни близких людей, стихийные бедствия, пытки и т. п. Индивидуальная уязвимость в отношении подобных стрессов не имеет основного значения, так как упомянутые или подобные им ситуации выходят за рамки того, что способен перенести человек.

Хроническим изменениям личности после переживания катастроф может предшествовать фаза манифестного посттравматического расстройства (психоза). Собственно изменения личности являются хроническими, длящимися минимум два года, выражаются стойкими нарушениями адаптации и разрывом межличностных связей. Паттерн изменений личности после катастроф включает:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальную отгороженность;
- переживание опустошенности и безнадежности;
- ощущение существования «на грани» с постоянным ожиданием угрозы и повторения катастрофы;

— отчужденность.

В дополнение к описанным ранее реакциям личности на болезнь упомянем о пока что малодифференцированном «хроническом изменении личности после психической болезни», наблюдающемся после окончания душевной болезни, в частности, шизофрении. Его характеризуют следующие клинические признаки:

- чрезмерная зависимость и требовательное отношение к другим;
- убежденность в наличии такой степени внутренней измененности, которая делает неспособным формировать и поддерживать тесные и доверительные отношения в личностном и социальном плане;
- аспонтанность, снижение интересов к занятиями досугу;
- ипохондричность, постоянные жалобы на болезнь;
- неустойчивое и дисфорическое настроение;
- значительное снижение в социальном и трудовом функционировании в сравнении с преморбидным периодом.

Хроническое изменение личности после психической болезни может быть установлено спустя два года и более после окончания болезни, если оно не связано с обширным повреждением или болезнью мозга. Вероятно, подобные изменения личности возникают также после тяжелых, инвалидизирующих соматических заболеваний.

**Патохарактерологические реакции.** Патохарактерологическими реакциями называют психогенно-обусловленные отклонения поведения детей и подростков, приводящие к нарушениям социальной адаптации и сопровождающиеся выраженными невротическими расстройствами (сна, активности, настроения, соматовегетативной регуляции и т. п.) (Ковалев, 1979). От характерологических (ситуационных), то есть считающихся адекватными, патохарактерологические реакции отличаются тем, что неправильные поступки становятся привычными, стереотипными, плохо корригируются и сочетаются с невротическими явлениями. Основной причиной патохарактерологических реакций считают чрезмерные в том или ином отношении требования авторитарных родителей и педагогов (например, хорошо учиться, когда ребенок испытывает в этом серьезные затруднения; правильно говорить, если существует дефект речи; беспрекословно подчиняться, в то время как здоровым детям свойственна спонтанность и стремление к самостоятельности и т. п.). Кроме того, их появлению способствуют неблагоприятная психологическая и духовная атмосфера, препятствующая нормальному развитию личности, резидуально-органическая недостаточность головного мозга, соматическое неблагополучие, стандартизация воспитательных подходов.

Различают реакции протеста, отказа, компенсации, эмансипации, группирования, дисморфореакции, рефлексииореакции.

Реакции протеста или оппозиции проявляются непослушанием, дерзостью, агрессией, псевдоперверсным поведением, то есть стремлением досадить кому-нибудь косвенным путем, например, кражей вещей, оговорами, мучительством животных, принадлежащим объектам антипатии, актами вандализма — активные формы протеста. Пассивные реакции протеста проявляются отказами от еды, уходами из дома и школы, мутизмом, суицидальными действиями, актами рвоты, энуреза (ночного, реже — дневного упускания мочи) и энкопреза (недержанием кала). Реакциями отказа называют состояния подавленности со страхами нового, замкнутостью, аспонтанностью и подавлением желаний и стремлений, а также «бездумным» характером ответов. Описаны у детей в сиротских приютах. Реакции компенсации, как проявление активности механизмов психологической защиты, свойственны детям с комплексом неполноценности. Это фантазирование, мелкие кражи, компенсаторные игры, бравада, хвастливость. Реакции эмансипации сходны с активными формами протеста, наблюдаются у подростков. Проявляются подчеркнутым игнорированием требований взрослых, стремлением действовать наперекор существующим ограничениям и нормам. Реакции группирования, в норме свойственны детям и подросткам, в рамках отклоняющегося поведения проявляются отождествлением с антисоциальными и асоциальными группами: панками, гопниками, люберами, хиппи, наркоманическими, делинквентными, многими другими группами. Дисморфореакции — нестойкие и поверхностные, не нарушающие адаптации проявления недовольства своим внешним видом. Рефлексииореакции — преходящие и в целом не выходящие за рамки нормы состояния обеспокоенности, предметом которых являются внутренние, психологические процессы.

Патохарактерологические реакции, если не устраняются их причины, могут сохраняться на протяжении ряда лет. Существует опасность развития стойких нарушений структуры личности и формирования краевой психопатии.

**Синдромы инфантилизма.** Инфантилизм — задержка личностного развития на более ранней возрастной ступени. Неясность понятия в первую очередь касается критериев, на основе которых определяется нормальный уровень зрелости личности в различные периоды жизни. Очевидно, что незрелой личностью может быть в любом возрасте и нужны, следовательно, дифференцированные критерии для каждого возрастного периода. Кроме того, существует множество причин инфантилизма (заболевания, органические повреждения головного мозга, конституциональные, социальные факторы), так что клиническая его структура весьма неоднородна. Инфантилизмом (вторичным) называют также регрессию личности, наступившую вследствие болезни. Различают несколько форм инфантилизма (Вроно, 1973).

Простой или гармонический инфантилизм характеризуется сочетанием физической и личностной незрелости, причём в структуре последней преобладает недоразвитие эмоционально-волевых функций (снижение уровня мотивации поведения, несамостоятельность, внушаемость, эмоциональная нестабильность, неадекватная самооценка).

Дисгармонический инфантилизм проявляется незрелостью психологических функций при нормальном или даже ускоренном физическом развитии. В крайних своих проявлениях идентичен психопатическому складу личности, однако степень незрелости может колебаться в широком диапазоне.

Органический инфантилизм наблюдается на фоне органической недостаточности головного мозга и сочетается с проявлениями психоорганического синдрома, включая интеллектуальную недостаточность. Не имеет четко обозначенных границ, отделяющих его от олигофрении.

Инфантилизм, связанный с эндокринной патологией, сочетается с проявлениями психоэндокринного синдрома. Так, гипогенитализму присущи снижение активности, эмоциональная лабильность, несамостоятельность, задержка моторного развития, чувство неполноценности и различные защитные стратегии (склонность к общим рассуждениям, хвастовство). Детей с гипофизарным субнанизмом отличает необычная рассудительность («маленькие старички»), циклотимоподобные колебания настроения, аутизация, а также неустойчивость поведения, повышенная внушаемость.

Инфантилизму, возникающему под влиянием изнеживающего воспитания («кумиры семьи»), свойственны нарциссизм, претенциозность, капризность, неспособность к усилиям, ориентация на внешнюю оценку, гипертрофированное представление о своем социальном «Я».

Проявление инфантилизма с годами могут сглаживаться, но они часто сохраняются у так называемых примитивных личностей, акцентуантов или позже оцениваются как признаки психопатической личности.

**Динамика психопатии.** Психопатии не относятся к числу прогрессирующих психических заболеваний со свойственными последним началом в определенном возрасте, этапностью течения, закономерной сменой клинических проявлений, типичными исходами в дефект. Вместе с тем установлено, что психопатии не являются также стационарными, застывшими аномалиями структуры личности. Многочисленными исследованиями, и это в первую очередь относится к трудам отечественных авторов, показано, что психопатические личности, вообще отличающиеся высокой ранимостью к влиянию психогенных, ситуационных, соматогенных и биологических (возрастные кризы, генеративные циклы, менструации) факторов, обнаруживают различные формы

клинической динамики. Принято разграничивать два типа динамики психопатий: возрастную или эволютивную и патологическую.

Эволютивная динамика психопатий тесно связана с возрастной эволюцией. Периоды возрастных кризов (пубертатный, инволюционный) являются наиболее опасными в плане декомпенсации аномалий личности. Наблюдающееся при этом усиление, заострение психопатических черт сочетается с нарушениями личности, привнесенными собственно возрастными (в первую очередь эндокринными) влияниями. Так, в первой фазе пубертатного криза (11 — 15 лет) на первый план выступают лабильность настроения и неуравновешенность поведения, бурные аффективные реакции, оппозиционное отношение к близким, повышенная ранимость; во второй фазе криза (16—20 лет) превалируют односторонние, сверхценные интересы и увлечения, явления метафизической интоксикации, обострение рефлексии, максимализм в оценках и требованиях, повышенное внимание к своим психологическим и физическим данным. В периоде возрастной инволюции наблюдаются состояния декомпенсации с аффективными нарушениями (пессимизм, неуверенность в себе, тревога), истерическими, ипохондрическими явлениями, сутяжными тенденциями. Старение особенно много проблем ставит перед личностями, не достигшими подлинной духовной зрелости, и главной из них является экзистенциальная фрустрация — внутренняя пустота, скука, одиночество, разочарование, страхи, сожаления о прошлом. Начиная с 20—25 лет у большинства психопатических личностей, особенно при наличии благоприятных обстоятельств жизни, наступает смягчение характерологических аномалий, становится возможной достаточная компенсация и социальная адаптация.

Патологическая динамика психопатии проявляется различными по тяжести и длительности состояниями декомпенсации, выходящими за рамки усиления характерологических особенностей и часто приближающимся к психотическому уровню нарушений. Возможны разнообразные психотические расстройства. К проявлениям патологической динамики относятся: спонтанные (аутохтонные) фазы, патологические реакции и развития личности (Ганнушкин, 1993).

Фазы или приступы возникают у психопатических личностей без видимых причин. Клинически обнаруживаются аффективными сдвигами (депрессии, дисфории) различной степени выраженности и продолжительности, по завершении которых наступает возврат к состоянию, бывшему до начала приступа. Природа психопатических фаз не может считаться окончательно установленной? клиническая картина их может быть сходной с невротами, эндогенными колебаниями настроения, состояниями типа эндореактивной дистимии Вайтбрехта, депрессии истощения Кильхгольца, вегетативной депрессии Лемке, депрессии почвы Шнейдера.

К патологическим реакциям относятся шоковые реакции, психопатические реакции и затяжные реактивные состояния. Шоковые реакции («психозы ужаса») — наиболее острые формы реактивных психозов, проявляющиеся спутанностью сознания, хаотическим психомоторным возбуждением либо двигательной заторможенностью вплоть до полного оцепенения, острыми эндокринными и вегетативными нарушениями, а также амнезией на время психоза. Психопатические реакции — ситуационно обусловленные и, как правило, непродолжительные состояния резкого усиления облигатных либо факультативных аномальных черт личности. Реактивные состояния — патологические реакции с психотической или невротической симптоматикой, возникающие в ответ на воздействие психических травм или неблагоприятной ситуации, нередко продолжительные, затяжные.

Патологическое развитие личности — стойкое усиление манифестных, факультативных или латентных аномальных черт психопатической личности, возникающее в ответ на длительные неблагоприятные взаимоотношения с внешним миром. В психологическом плане патологическое развитие личности представляет собой усиление свойственных ранее либо до того скрытых эгоцентрических тенденций поведения. Это ревность, нарциссизм, накопительство, враждебность, обеспокоенность своим душевным комфортом, личным благополучием, здоровьем, состоянием половых функций, социальным престижем и внешностью. Любая из этих тенденций может получить развитие в зависимости от конкретности фрустрирующей ситуации. Примерами наиболее часто встречающихся клинических вариантов патологического развития личности являются сутяжно-паранойальное, ипохондрическое, депрессивное, другие его виды. Некоторыми авторами патологическое развитие личности подразделяется на конституциональное или психопатическое (то есть обусловленное внутренним предрасположением) и психогенное или постреактивное (возникающее после реактивных состояний или связанное преимущественно с длительными и тяжелыми психотравмирующими ситуациями). Существуют и другие формы патологического развития личности: невротическое (то есть находящееся в связи с длительно протекающим неврозом), патохарактерологическое (в виде стойкой фиксации патохарактерологических реакций), ананкастическое (с появлением и персистированием навязчивостей). Описывают также постреактивное развитие личности, наблюдающееся вслед за реактивным психозом. Дело, по-видимому, не только в факте самого психоза, а скорее в том, что психическая травма (например, потеря) лишила человека важнейших ценностей, и образовавшийся вакуум ему не удастся заполнить ничем другим. Так, после психогенной депрессии от потери близких людей больной может не оправиться всю свою последующую жизнь, воспринимать ее и все окружающее лишенным смысла, постепенно сужая сферу социальной активности и замыкаясь на себе — депрессивное развитие личности. В связи с перенесенным психическим заболеванием и психопатоподобными изменениями личности могут наблюдаться постпроцессуальные развития личности, например, истеро-ипохондрическое,



параноическое и др. Патологической динамике личности могут способствовать и негрубо протекающие болезненные процессы.

Психопатическая конституция обнаруживает тесные связи не только с психогенно обусловленными болезненными состояниями, она, несомненно, имеет непосредственное отношение и к эндогенным психозам. Известно, что психопатический склад личности может служить почвой, располагающей к развитию таких заболеваний, как шизофрения, циркулярный психоз. Так, шизоидный тип психопатии является фактором, повышающим риск заболевания шизофренией, аффективный тип — циркулярного психоза. Влияние психопатического склада личности сказывается на проявлениях, особенностях течения, на прогнозе заболевания. Например, циркулярный психоз, возникая на гомономной конституциональной почве, то есть на фоне психопатии аффективного типа, протекает в целом более типично и благоприятно по сравнению с теми случаями, когда он развивается на гетерономной основе, то есть на почве иных психопатических аномалий личности.

Состояния, напоминающие психопатические деформации личности и возникающие в качестве манифестных проявлений или исходов эндогенных и экзогенно-органических заболеваний, обозначаются термином психопатоподобные состояния. Психопатоподобные состояния, например, могут наблюдаться при медленно текущей шизофрении, возникать в результате перенесенных черепно-мозговых травм, встречаться в дебюте психозов пожилого и позднего возраста, формироваться при хронических интоксикациях (алкоголизм). Личностные девиации, не достигающие степени психопатии, обозначаются как акцентуации личности. Для них считают типичным усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенному роду влияниям на психику (психотравмирующим ситуациям, нервно-психическим перегрузкам) при хорошей или повышенной устойчивости к другим. Различают циклоидный, боязливый, шизоидный, застревающий (параноидный), эпилептоидный, демонстративный, гипертимный, дистимный, неустойчивый (экстравертированный) и конформный типы акцентуации личности. Если учесть, что акцентуации это все-таки нормальные состояния личности, то терминология, стиль их описания могут служить примером того, как явления нормы оцениваются с позиций патологии и в отрыве от общего личностного контекста. Акцентуация характера может быть явной и скрытой. В последнем случае имеется в виду не преодоление отклонений путем формирования более высоких инстанций личности, а временная и хрупкая компенсация посредством включения защитных механизмов. В зрелом возрасте акцентуация обнаруживается лишь при сложных психогенных воздействиях, адресованных «слабому звену» личности.

#### *ГЛАВА 4. СИНДРОМЫ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ*

В данном разделе будут описаны апато-абулический, маниакальный синдромы, мория и депрессивный синдром.

**Апато-абулический синдром.** Это сочетание апатии, безразличия, индифферентности с резким ослаблением или полной утратой побуждений к деятельности, интересов, аспонтанностью, бездеятельностью, не прерывающейся и под влиянием побуждений извне. Наблюдается при простой форме шизофрении.

**Маниакальный синдром.** Его характеризует классическая триада признаков: немотивированное повышение настроения — гипертимия; усиление побуждений к деятельности и повышенная активность — гипербулия; ускоренный темп течения ассоциативных процессов — тахифрения.

**Гипертимия** — безмятежное, приподнятое, солнечно-радостное, ликующее настроение с ничем не омрачаемым оптимизмом, искрящимся, заражающим весельем, захватывающим переживанием душевного подъема и беспредельного счастья, восторженностью, гиперпродукцией соответствующих выразительных действий. Отрицательные эмоции (страх, тревога, удрученность и др.) не возникают, но этого нельзя сказать о таких эмоциональных проявлениях, как недовольство, озлобленность, гневливость или ненависть.

**Тахифрения** — ускорение течения ассоциаций с обилием легко возникающих мыслей и представлений, поверхностным (ассоциативным) характером суждений, повышенной отвлекаемостью, гипермнезией. Содержание мышления соответствует господствующему фону настроения: остроты, каламбуры, анекдоты, веселые истории, стихи, воспоминания о приятных или забавных эпизодах жизни. Реально существующие проблемы оставляются без внимания или рассматриваются в контексте радужного настроения. Повышена самооценка, явно преувеличиваются свои способности, возможности.

**Гипербулия** — чрезмерная, избыточная активность с немедленной реализацией множества возникающих побуждений к деятельности, частым переключением с одного занятия на другое, в результате чего дела остаются незавершенными; обилием всевозможных проектов, планов и намерений. Повышена потребность в общении. Больные говорливы, во все вмешиваются, переустраивают свои дела, совершают многочисленные покупки, предлагают и пытаются осуществить различные преобразования на работе, наносят визиты, пишут стихи, звонят, окружают себя массой новых знакомых и т. д.

Маниакальный эффект сопровождается очевидными витальными изменениями: больные не испытывают усталости, недомогания, неприятных физических ощущений (исключение составляют сравнительно редкие случаи, так называемой ипохондрической мании). Характерно чувство полного физического благополучия, прилива сил, энергии. Многие пациенты чувствуют себя помолодевшими, освободившимися от «гнета возраста», как бы «заново родившимися». Нарушен сон: суточная норма сна резко сокращается. Усиливается половое влечение, аппетит. Наблюдаются

вегетативные и нейроэндокринные расстройства: учащение пульса, дыхания, склонность к артериальной гипертензии, гиперсаливация, повышение тургора кожи, похудание, блеск глаз и др. У женщин нарушается менструальный цикл.

Различают четыре степени выраженности маниакального аффекта.

В начальной стадии мании — циклотимической — появляются вышеописанные витальные изменения, хорошее настроение, усиление деятельности, продуктивность которой может быть даже повышена. Поведение в целом не нарушено, хотя больные приносят ускоренный, суматошный ритм в дела, нарушают покой окружающих. На стадии простой мании отчетливы внешние проявления повышенного настроения: излишнее оживление, чрезмерная и необоснованная веселость, громкий смех, многоречивость и др. Продуктивность деятельности падает из-за повышенной отвлекаемости внимания. Мышление становится поверхностным, ассоциации возникают преимущественно по внешним признакам. Нарушается поведение, выделяются отчетливые признаки регресса мотивации: больные делают долги, заводят сомнительные знакомства и легкомысленные связи, вовлекаются в кутежи, забрасывают дела. Становится очевидной повышенная самооценка. Стадия психотической мании характеризуется постоянным речедвигательным возбуждением и гиперпродукцией выразительных действий (больные поют, пляшут, декламируют, сердятся, оживленно жестикулируют). Речь приобретает вид монолога, голос становится хриплым. Отвлекаемость внимания достигает степени гиперметаморфоза. Мышление ускоряется до скачки идей. Подъем настроения дополняется восторженностью, переживанием счастья и идеями осчастливливания других. Самооценка и личные планы имеют бредоподобный характер: больные собираются стать знаменитостями, выдающимися деятелями и т. п. Речедвигательное и моторное возбуждение может доходить до неистовства, бессвязной речи, беспорядочной агрессии. На стадии маниакальной парафрении появляются бредовые идеи величия, часто нелепо фантастические. Эти идеи, однако, нестойки, сознание и личность больных не охвачены ими. Содержание бредовых идей отражает безраздельное господство оптимистического мировосприятия, ощущение уверенности в своих необыкновенных возможностях.

К числу описанных следовало бы, по нашему мнению, добавить также соматизированную манию, характеризующуюся повышением активности, витального самочувствия, усилением биологических влечений, выявлением скрытых ранее нарушений ориентации сексуального влечения, психопатоподобным поведением. Явных проявлений собственно аффективной патологии при этом не наблюдается, хотя со стороны органических эмоций отмечаются такие сдвиги, как обострение чувства приятного, усиление ощущений удовольствия, мышечной радости, бодрости, притупление болевой чувствительности. и ощущений физического дискомфорта.

В зависимости от особенностей клинической структуры маниакального синдрома различают группы простых и сложных маниакальных состояний. К числу простых относят гипертимическую, гневливую, непродуктивную и спутанную манию.

Гипертимическая мания характеризуется равномерной выраженностью всех компонентов маниакальной триады. Аффективное состояние определяется доминированием веселости, радостной, праздничной приподнятости, восторженности, ликования. Гневливая мания — на фоне повышенного настроения отчетливо выражены или выступают на первый план раздражительность, огненная вспыльчивость, гневливость, в ряде случаев — агрессивность. Непродуктивная мания (веселая, бездеятельная) — повышение настроения, не сопровождающееся ускорением мышления и усилением побуждений к деятельности. Спутанная мания — маниакальное состояние с резким ускорением ассоциативных процессов вплоть до бессвязности мышления.

К сложным вариантам синдрома относят маниакальные состояния, сочетающиеся с острым чувственным бредом преследования, бредом инсценировки, острым фантастическим бредом — маниакально-бредовый синдром, конфабуляциями — конфабуляторная мания, галлюцинациями — маниакально-галлюцинаторный синдром, псевдогаллюцинациями и другими симптомами психического автоматизма — маниакально-параноидный синдром, сновидным помрачением сознания — онейроидное маниакальное состояние, кататоническим ступором — мания со ступором. В структуре маниакального состояния могут наблюдаться сенестопатии, ипохондрические явления — ипохондрическая мания, а в редких случаях — суицидальные тенденции.

Непродуктивная мания и мания со ступором рассматриваются также в группе смешанных аффективных состояний, возникающих, как предполагается, в результате замещения отдельных признаков одного аффективного синдрома признаками другого (в данном случае — депрессивного).

Маниакальные состояния наблюдаются при эндогенных психозах (циклотимия, маниакально-депрессивный психоз, периодически и шубообразно текущие формы шизофрении), в клинической структуре симптоматических, инфекционных и органических заболеваний головного мозга (черепно-мозговая травма, прогрессивный паралич, опухоли и др.), эпилептических психозов.

**Мория.** Незначительный подъем настроения сочетается с расторможенностью низших влечений, беспечностью, дурашливым («мория» — «глупость») поведением с неуместными, нелепыми шутками и выходками, стремлением «похохмить», устроить переполох, панику среди присутствующих. Ускорения течения ассоциаций и оживления деятельности не наблюдается. Возможно появление легкой оглушенности сознания. Мория встречается при опухолях лобно-базальной локализации (синдром Фостер-Кеннеди),

черепно-мозговых травмах, интоксикациях. К синдромам аффективной патологии мория относится условно.

**Депрессивный синдром.** Включает следующую триаду признаков: аутохтонное или возникшее по другим причинам снижение настроения — гипотимия, заторможенность мыслительной деятельности — брадифрения, ослабление побуждений к деятельности и общее снижение активности — гипобулия. Наблюдаются также ипохондрические явления, симптомы психической анестезии, деперсонализации и дереализации, разнообразные вегетативные и нейроэндокринные расстройства, нарушения сна и других витальных функций.

**Гипотимия** характеризуется большой структурной сложностью, выражающейся в одновременном сосуществовании различных нарушений: меланхолической подавленности настроения, тревоги и страхов, дисфорических, апатических, адинамических, депрессивно-параноидных, ипохондрических, истерических явлений, суицидальной настроенности, психической анестезии, и, помимо витальных, аффективных и невротических расстройств также психотическими явлениями. Мы умышленно выходим за узкие рамки психологической трактовки гипотимии с целью подчеркнуть сложность данного клинического феномена.

Меланхолическая подавленность настроения в относительно неглубоких состояниях депрессии — это депримированность, удрученность, опечаленность. Глубокая подавленность характеризуется преобладанием тоскливого аффекта. Субъективно это не тоска, а состояние траура, чувство, «будто безвозвратно потеряно самое главное». Депрессивным пациентам вообще трудно описывать свои переживания. Не только из-за свойственной им скованности мышления, но также потому, что очень сложно словами передать настроение, особенно если оно не связано с какими-нибудь определенными причинами. При циркулярной депрессии тоска с самого начала приобретает витальный оттенок: исчезает чувство бодрости, доминирует слабость, немощность, нарушаются сон, аппетит, половые функции, появляются тягостные ощущения тяжести, боли, давления, сжимания, локализованные чаще всего в области сердца (в чувашском языке понятие «тоска» передается, например, выражением «сердце болит»). Физические ощущения могут быть в других частях тела. Любопытно, что там же пациенты локализируют и тоску. Так, некоторые больные указывают, что тоска ощущается в бедре или в боку. Характерны безотчетное чувство вины, угрызения совести, обнажение и ревизия всей прошлой жизни с фиксацией внимания на ее ошибках и проступках, тяжесть которых преувеличивается — моральные страдания или душевная боль (психалгия). Мучительность последней превосходит все, что способен вынести человек и не идет ни в какое сравнение с тяжестью большинства физических страданий. Резко понижена самооценка, гнетет чувство потери перспективы, будущего, ощущение «тупика жизни», обреченности, безысходности. Пациенты требовательны к себе без меры. Так, школьник говорит о «периоде

зубрежки», когда он заставлял себя до утра заучивать материал «от корки до корки», не прощая мелких неточностей и отклонений от правила следовать образцам совершенства в учебе и поведении. Это, однако, не спасало его от ощущения того, что он «гадкий утенок». У пожилых больных возникает чувство усталости от жизни, пресыщенности, отвращения к ней, желание смерти. Меланхолической подавленности обычно сопутствует идеаторное торможение (аспонтанность, замедление течения мыслей, представлениях, нарушения репродуктивной памяти, снижение яркости впечатлений и непрочная фиксация их в памяти, рассеянность, ослабление планирования последовательности действий). Психомоторное торможение может достигать степени двигательного оцепенения. На этом фоне порою возникают взрывы отчаяния с двигательным возбуждением и суицидальными попытками — меланхолический раптус. Пациенты мечутся, стонут, разрывают одежду, царапают, кусают себя, катаются по полу, пытаются унять нестерпимую душевную боль.

В структуре гипотимии постоянно встречаются разнообразные страхи и тревога. В легких случаях это психологически понятные, хотя и преувеличенные опасения, связанные с реальными событиями — семейными и служебными проблемами, болезнями близких и т. д. Повышенная боязливость, неуверенность, мнительность, нерешительность, навязчивые сомнения, опасения и страхи составляют то, что обозначают как психастенические явления в депрессии (Каннабих, 1914). Нередко появляются беспредметное беспокойство, «внутреннее» волнение, безотчетное предощущение беды, ужасного финала, напряженность, акатизия. Тревога может возникать острыми приступами, во время которых пациенты «не находят места», испытывают необъяснимую потребность бежать, кричать, подвергают себя самоистязаниям — тревожное возбуждение, сопровождаемое вербигерацией, страхом сойти с ума, растерянностью.

Дисфорические явления — в подавленном настроении отчетливо представлены мрачность, угрюмость, недовольство, ворчливость, брюзжание, вспышки гнева. Недоброжелательность к окружающим сочетается, как правило, с недовольством собой, самоосуждением, иронией, саркастическим отношением к себе, аутоагрессией — временами «кажется, убил бы себя», острой ненавистью по отношению к себе. «Мерзавец, подлец, негодяй» — далеко не самые сильные выражения таких пациентов о себе.

Апатические явления — жалобы на равнодушие, ослабление интересов, утрату желаний, безучастность, субъективно переживаемое как болезненное состояние: «Все стало безразлично, ни к чему душа не лежит... Все отдал бы, чтобы чего-нибудь захотеть... Ни на что глядеть неохота, лег бы да лежал, отвернувшись к стене...». Подчеркнем, что, в отличие от апатии в рамках дефектных состояний, депрессивная апатия осознается пациентами как ненормальное и очень тягостное явление.

Адинамические явления — жалобы на ослабление либо потерю побуждений к деятельности, осознаваемую как факт болезни: «Все делаю с трудом, через силу... Знаю, что надо делать, а заставить себя не могу... Делаю по обязанности — не по желанию, как раньше... Раньше все получалось само собою, а теперь пустяка сделать не могу, каждый раз приходится насиловать себя... Постоянно тяну резину, откладывая дела на потом, начинаю шевелиться в самый последний момент, когда оттягивать уже некуда... Ленивый стал, ругаю себя, скоро мухи в рот класть яйца начнут...».

Депрессивно-параноидные явления — больные полагают, что окружающие обвиняют, осуждают их, враждебно к ним настроены. Наблюдаются бредовые идеи отношения, преследования; при этом больные не чувствуют себя безвинно преследуемыми, считая, что вполне это заслужили. «Вина» состоит в мнимых погрешностях или сильном преувеличении случавшихся ранее недостойных поступков (Peters, 1970). Название «депрессивно-параноидные явления» неудачно; в отечественной психиатрии этот термин может быть истолкован как указание на депрессию, сочетающуюся с психическими автоматизмами.

Разочарование — чувство потери основных жизненных ценностей, реализация которых субъективно переживается как смысл жизни — экзистенциальный компонент депрессии. Ценности — это всегда нечто объективное, вынесенное во вне. Дверь к счастью, писал Кьеркегор, открывается наружу. Обесценивание, весьма типичное явление при депрессии, выражается изменением отношений ценности с окружающим миром. Возможно, что это связано с эгоцентрической ориентацией личности и типичным при этом поиском причин происходящего вне себя. Все вокруг кажется суетным, ничтожным, бессмысленным, пустым или наводящим скуку, воспринимается под знаком неизбежной гибели, смерти. У других пациентов обесценивание относится к себе. Собственное существование, дела, заботы, достижения и планы воспринимаются как лишённые всякого смысла. Личная жизнь расценивается как «игра», которой можно позабавиться, увлечься, на время забыться, однако в ней нет ничего достойного, чем следует дорожить, нет ничего прочного, незыблемого, заслуживающего сколько-нибудь серьезного отношения. Жизнь кажется карточным домиком, готовым в любой момент рассыпаться, тонким слоем цветного лака, под которым ничего больше нет, чем-то слишком хрупким, воздушным и зыбким, чтобы в ней можно было обрести опору, ощущение твердой почвы. Все в теперешней жизни кажется слишком будничным, унылым, однообразным, дни тянутся медленной вереницей, они, как две капли воды похожи один на другой и ничем непримечательные, не оставляют впоследствии никаких воспоминаний. В качестве примера из художественной литературы сошлемся на следующий монолог Гамлета: «Мне так не по себе, что этот цветник мироздания, земля, кажется мне бесплодною скалою, а этот необъятный шатер воздуха с неприступно вознесшейся твердью, этот, видите ли, царственный свод, выложенный золотою искрою, на мой взгляд, — просто-напросто скопление вредных и вонючих паров. Какое чудо

природы человек! Как благороден разумом! С какими безграничными способностями! Как точен и поразителен по складу и движениям! В поступках как близок к ангелу! В воззрениях как близок к богу! Краса вселенной! Венец всего живущего! А что мне эта квинтэссенция праха?..». Стремясь избавиться от гнетущего чувства смыслоутраты и пытаюсь ни о чем не думать, депрессивные пациенты бывают склонны к острым ощущениям, рискованным предприятиям, порою подвергают себя смертельной опасности, совершенно не испытывая при этом страха. Скорее напротив, они чувствуют известное облегчение, на время захваченные потоком жизни. Встречаются также злоупотребление алкоголем, наркотиками, склонность к азартным играм, бретерству, уход в работу, секс, другие формы аддикции.

Переживание смыслоутраты не всегда бывает столь полным. Процесс разрушения представлений о ценностях затрагивает духовные инстанции личности и именно с этим связана «мировая скорбь» депрессивных пациентов. В меньшей степени это касается социальных ценностей. Многие больные, в частности, сохраняют интерес к работе, нередко погружаясь в нее с головой, а иногда превращаясь в трудоголиков (работоголиков). Чаше сохраняются или даже выходят на первый план личные ценности, например, обеспокоенность состоянием здоровья, пострадавшей внешностью, изменением половых функций, поколебленным имущественным положением, творческими неудачами.

Ценностная переориентация приводит к тому, что депрессивные пациенты становятся одновременно с тем ипохондриками, обнаруживают явления дисморфофобии, сосредоточенность на сексуальных проблемах либо опасениях материального свойства. Переживание личного несчастья, вытесняя из сознания заботу о других, толкает многих депрессивных больных к самоубийству. Если что-то удерживает их от такого шага, то это по большей части нежелание причинить несчастье близким, то есть сохранение социально ориентированных ценностей.

Истерические явления — характерно эгоцентрическое желание произвести впечатление своими страданиями и вызвать тем самым сочувствие окружающих. Явно преувеличивается скорбь — «нечеловеческие страдания, невыносимые муки...». Больше говорится не о несчастье близких, а о своих особо утонченных переживаниях. Внешние проявления депрессии чересчур демонстративны — рыдания, судороги, нанесение легких телесных повреждений и т. п. Сцены отчаяния явно рассчитаны на публику. Высказываются, кроме того, не столько чувство вины, а скорее обида на невнимание окружающих, предъявляются постоянные жалобы на неудачи, плохое здоровье, тяжелую жизнь, сетования на одиночество, заброшенность, беспомощность, отмечается повышенная слезливость (Колесина, 1981). Открыто и театрально выражаются суицидальные намерения, совершаются демонстративные попытки самоубийства, которые с углублением депрессии могут завершиться трагически.



Ипохондрические явления — опасения, страхи, сверхценные и бредовые идеи, связанные с состоянием здоровья. Могут быть явления гипералгезии, парестезии, разнообразные сенестопатии, другие нарушения общей чувствительности.

Психическая анестезия характеризуется широким кругом расстройств — от переживания эмоциональной ущербности впечатлений (восприятий) и утраты

чувств до явлений телесной анестезии (Shafer, 1880). Психическая анестезия известна под рядом других названий: чувство неполноты восприятия, неистинность чувств, гипестезия, болезненная психическая анестезия, отчуждение витальных чувств, гипопатия (Janet, 1903; Schilder, 1914; Гаркави, 1945; Тимофеев, 1948; Снежневский, 1970; Меграбян, 1972).

Нарушение чувственного тона может касаться различных видов ощущений — зрительных, слуховых, тактильных, проприоцептивных, висцеральных.

Снижение остроты зрительных ощущений проявляется в том, что интенсивность освещения окружающего кажется значительно меньшей, чем это свойственно нормальному восприятию. Яркое освещение воспринимается тусклым, матовым, вечерним, цвета кажутся угасшими, блеклыми, пастельными, оттенки цвета различаются с трудом, контуры предметов видятся неясными, размытыми, лишенными четких очертаний, иногда слегка колеблющимися, неопределенными. Все вокруг воспринимается «как в тумане, через вуаль, пелену, дымку, завесу», как если бы глаза были «задернуты пленкой, зашторены».

Ощущение притупления слуховых восприятий проявляется в том, что звуки кажутся ослабленными, приглушенными, неотчетливыми, плохо модулированными — «уши как заложены, будто вата в них». Гипестезия кожного чувства выражается жалобами на снижение ясности ощущений осязания, боли, холода, тепла: «Щипаю себя, колю и плохо это чувствую, как будто это не я... Трогаю предметы и не понимаю, холодные они, горячие, твердые или мягкие... Щека как замороженная, ничего не ощущает... Кожа над коленными чашечками будто одеревенела... Руки ниже локтя как онемели, ничего не чувствуют...».

Ослабление яркости обонятельных и вкусовых ощущений часто наблюдается одновременно. Пища кажется безвкусной, пресной, однообразной, не возбуждает аппетита: «Будто траву жуешь или резину, если не посмотреть, — не разберешь, что во рту...». Плохо ощущаются запахи, как приятные, так и неприятные, их оттенки не различаются.

Встречаются жалобы на снижение остроты или утрату кинестетических ощущений: «Ноги как ватные, плохо чувствую их... Руки онемели, как будто отлежал их...».

Иногда больные с беспокойством отмечают потерю ощущения движений своего тела: «Движения легкие, незаметные, будто суставы смазаны... Все делаю с какой-то необычной легкостью...». Нарушается восприятие положения частей тела: «Закрою глаза и теряю представление, как лежат руки, согнуты или вытянуты ноги, сжимаю кулак или нет... Не чувствую, в какую сторону повернула голову, лежу я или сижу...». Теряется ощущение веса предметов. Больные могут обратить внимание на чувство утраты или ослабления ощущений, исходящих изнутри: «Пусто в груди, животе, будто я полый... Внутри все замерло, затихло, точно там ничего нет...».

Нередко в сообщениях больных фиксируется выпадение целого ряда ощущений одновременно. Это воспринимается как утрата чувства тела или отдельных его частей — телесная анестезия: «Не чувствую затылок, его будто нет... Рук будто бы нет совсем, я их совершенно не ощущаю... Кажется, нет кожи на шее... Тело чувствую до пояса, а ниже вроде ничего нет... Проснулся и не чувствую ног, начал искать их... Тело как исчезло, остались одни глаза... Осталось только сознание, а тела будто нет, я. совсем его не чувствую... Кажется, по улице идет одна моя голова... Чувствую себя человеком, которому отрубили голову, а его тело бежит...».

Угнетение «витальных» чувств или синдром отчуждения витальных чувств Гаркави затрагивает ощущения боли, голода, жажды, насыщения, удовольствия при приеме пищи, полового удовлетворения, чувство телесного комфорта, «мышечной радости» при физической работе, отдыха и бодрости после сна. Депрессивные пациенты не чувствуют боли, жажды, голода, недомогания при соматическом заболевании, температуры и т. д. Характерна потеря чувства приятного — ангедония. Чтобы ни делал пациент, не доставляет ему непосредственного удовольствия, не приносит удовлетворения, не делает его радостным или веселым. Иногда теряется потребность во сне, приятное ощущение дремоты, предшествующее погружению в сон. Пациенты описывают это так: «Проваливаюсь в сон, не замечаю, как засыпаю, засыпаю как-то внезапно, в одно мгновение». Встречается утрата чувства сна — проснувшись, больные не могут определить, спали они или нет. Чаще они думают, что не спали вообще, хотя, по наблюдениям со стороны, спали достаточно глубоко, а порою беспробудно.

Болезненная психическая анестезия или болезненное бесчувствие — переживание неполноты эмоционального реагирования, оскудения родственных чувств, недостаточности сопереживания и отсутствия эмоционального отклика на окружающее, утраты эмоционально окрашенного отношения к работе, интеллектуальной деятельности, эстетической стороне воспринимаемого, этическим аспектам своего и чужого поведения. Вот как описывает это состояние больная: «Перестала радоваться ребенку, целую его механически, без радости, нежности. Не стало чувств к мужу, близким, воспринимаю их словно чужих. Вообще нет никаких чувств. Раньше боялась покойников, на похороны никогда не ходила; а теперь смотрю на них как мумия, хоть бы шевельнулось что в груди. Нет никакого

настроения — ни хорошего, ни плохого, ни грустного, ни веселого, стала как каменная...». Вопреки утверждениям пациентов об отсутствии у них чувств, объективно обнаруживаются живые эмоциональные реакции, включая крайнюю обеспокоенность состоянием. Когда больным на это указывают, они бывают несколько смущены, но при этом неизменно говорят, что улыбаются или плачут «по привычке», «механически», «поверхностно», «не чувствуя ничего в душе».

Уровень личностной значимости осознаваемого бесчувствия может быть различным: наряду с малоактуальной психической анестезией, ограничивающейся сравнительно индифферентной констатацией неполноты чувств, наблюдаются тягостные для больных варианты психической анестезии, где эмоциональная ущербность переживается как сопряженная с ограничением сферы жизнедеятельности и социальной роли личности (Краснов, 1978).

Психическая анестезия считается характерной для депрессии (Корсаков, 1901; Краепелин, 1909; Schneider, 1921; Морозова, 1968; Пападопулос, 1970). Некоторыми авторами относится «к ядру» депрессивного синдрома (Schulte, 1961; Walter, 1974). Подчеркивается незначительная выраженность собственно депрессии при возникновении явлений психической анестезии (Haug, 1939; Petrilowitsch, 1956). На близость психической анестезии к деперсонализационным явлениям указывали V. E. Gebattel в 1937 г., E. Stoning в 1933 г., K. Haug в 1939 г., N. Petrilowitsch в 1956 г., K. Leonhard в 1959 г., A. A.

Меграбян в 1962 г., A. В. Снежневский в 1970 г..

Деперсонализация, дереализация — чувство измененности «Я», его утраты, ощущение нереальности окружающего. И. И. Лукомский (1968) указывает, что явления деперсонализации и дереализации могут быть выражены в большей степени, чем собственно депрессивный аффект, особенно при атипичных депрессивных состояниях.

Суицидальные тенденции наблюдаются у многих депрессивных больных. Суицидальная мотивация при этом неоднородна. В ряде случаев она связана с полным обесцениванием собственной жизни. Такие пациенты готовы умереть в любой момент, хотя активных действий могут не предпринимать. «Хорошо бы уснуть и не проснуться... Состояние несчастья затягивает, кажется, оно начинает мне нравиться — я несчастна и все, не надо бороться, конец сам собой придет...». Встречается отвращение к жизни, желание умереть без того, однако, чтобы прожитое казалось бессмысленным. Может быть страх жизни, когда будущее представляется жутким, пугающим, а смерть — единственно разумным и достойным выходом из положения. Нередко к самоубийству толкает чувство вины, весьма часто сопровождающее депрессивные состояния, и больные как бы наказывают себя за прошлые прегрешения перед людьми и богом. Депрессивные

аутодафе совершаются иногда с жестокостью, выдающей всю меру ненависти к самому себе. Нередким является мотив суицида, отражающий непереносимость душевного дискомфорта. Такие пациенты склонны, кстати, к употреблению алкоголя и наркотиков, в анамнезе могут быть выявлены несомненные проявления зависимости. Нередко суициды мотивируются «одиночеством», «усталостью от жизни». Суицидные мотивы могут быть связаны с ипохондрией, бредом осуждения, идеями физического недостатка, импотенцией, если сексуальные ценности вытеснили все прочие. Не должны успокаивать бутафорские суицидальные попытки — слишком часто за ними скрывается настоящая депрессия. Особую опасность представляют депрессии, в которых пациенты переживание собственной вины или оценку перспективы распространяют на близких им людей. Подобная генерализация чувства вины чревата опасностью расширенного самоубийства.

Оценка опасности самоубийства является важнейшим в плане лечения депрессии вопросом (Kielholz, 1970). Автор указывает, что чем больше таких факторов, как страх, жителяция, бред виновности, ипохондрия, одиночество, бессонница, желание умереть и преклонный возраст, тем определеннее необходимость клинического лечения. Незавершенные суициды (а их на одно самоубийство приходится от 5 до 10) от общего числа попыток часто не останавливают пациентов от их повторения. Оценка неудавшихся суицидных действий нередко соответствует общему депрессивному контексту и тенденции к самобичеванию: «Ни на что не способен, даже умереть не могу без посторонней помощи». Суицидные намерения часто диссимулируются. Необходимо при этом узнать у пациента, что же заставило его вдруг изменить свое решение. Если он стал скрывать стремление к смерти, он будет в большом затруднении и не сможет объяснить, ради чего он захотел жить. Этот же прием помогает распознать диссимуляцию бреда: пациент не найдет убедительных аргументов, опровергающих его бредовое убеждение.

**Брадифрения** — заторможенность в интеллектуальной сфере. По сообщениям депрессивных пациентов, это чувство «неясности в голове», ощущение «скованности мысли», «преграды» на пути мыслей, «пустоты в голове», когда можно часами сидеть, глядя в одну точку и ни о чем не думать. Наблюдается аспонтанность мышления, замедленное течение мыслей, затрудненное воспроизведение прошлого опыта и поверхностное восприятие происходящего в настоящее время. Внимание поглощено не теми реальными событиями, что окружают больного и совершаются в нем самом, а представлениями и размышлениями депрессивного содержания, оно переносится в иное ценностное измерение. Именно это имеют в виду, говоря об аутизме депрессивных больных. Мышление носит бессистемный характер, нередко утрачивается чувство собственной активности — «мысли плывут сами по себе». Пациент жалуется на отсутствие «нужных» мыслей и, в то же самое время непрекращающийся поток случайных ассоциаций, а также напоминающих калейдоскоп сновидений. Память притупляется,

лишается прежнего быстродействия. Иногда, впрочем, спонтанно «вспоминаются» самые незначительные или очень далекие, детские события весьма нелестного для больного содержания. Возможны ложные воспоминания — по выходе из депрессии оказывается, что подобных печальных событий не было или они существовали только как возможность. Затруднено планирование самых простых, бытовых действий, нарушена прогностическая функция, предвидение реального хода событий. «Отупение» может быть такой степени, что больные чувствуют себя совершенными «дураками, умственно отсталыми». Заторможены интеллектуальные потребности, исчезает любознательность, пытливость. «Вроде не о чем стало думать». Трудно дается диалог: «Говорить не о чем, не знаешь, что спросить... Не могу найти тему для разговора, только слушаю... Разговор какой-то искусственный, не сам по себе, все время надо думать, о чем сказать. И при этом почему-то надо, я вроде обязан говорить со всеми, хотя сознание удерживает, останавливает...». Теряется сообразительность, находчивость, смекалка, не появляется свежих идей, оригинальных решений. Часто депрессивные пациенты отмечают, что не успевают следить за ходом мысли других людей, не могут по этой же причине понять содержание фильмов, отказываются от телевизора — «не понимаю, что там, не доходит, не успеваю понять». С трудом формулируются мысли, «не хватает слов», становится тяжело писать, так как долго не удастся найти удачное выражение. Характерна неуверенность в суждениях, постоянно возникает ощущение, будто сказал не так или не совсем то, что думал. В речи появляются оговорки, уточнения, дополнения, исправления уже произнесенного. Речь в целом обедняется, становится невыразительной. К тому же она замедлена и часто прерывается продолжительными паузами.

**Гипобулия** — торможение в сфере деятельности и психомоторики. Типична аспонтанность депрессивных пациентов, обеднение и ослабление интенсивности побуждений, общее снижение активности. Аспонтанность может достигать степени депрессивного ступора — психотического по существу состояния. Движения замедлены, амплитуда их ограничена. Появляется моторная неловкость, неточность движений, нарушения походки, из-за чего пациенты часто сравнивают свое состояние с опьянением и по этой причине стесняются бывать на людях. Нарушается почерк, буквы мельчают (микрография), теряют уверенные очертания. Страдает инициатива. Инертность тяжело переживается и стоит пациентам больших усилий, если они пытаются ее преодолеть.

Продуктивность деятельности резко падает: «Раньше за час делал столько, что теперь и за целый день не успеваю».

Типичны депрессивные изменения в экспрессивной сфере. Поза скорбная, выражение лица траурное, взгляд тусклый, немигающий, углы рта опущены. Руки безвольно свисают, рукопожатие бессильное. Депрессивные больные оставляют впечатление постаревших и убитых горем людей. Жестикуляция вялая, преобладают жесты безнадежности и отчаяния. Иногда можно

заметить кожную складку на верхнем веке— «третье веко» или симптом Верагуа.

При депрессии наблюдается ряд других психопатологических явлений: обманы восприятия, бредовые идеи, сновидное помрачение сознания, кататонические симптомы.

Встречаются также разнообразные сомато-вегетативные нарушения: сухость слизистых оболочек, слезливость («слезливая депрессия»), отсутствие слез («сухая депрессия», как правило, глубокая), анорексия, запоры, метеоризм, потеря веса, тахикардия, приступы сердцебиения, нарушения сердечного ритма, явления диспноэ — ощущение нехватки воздуха, чувство неполноты вдоха, приступы астмы, невралгические боли, цефалгии, боли в суставах, мидриаз, ослабление тургора кожи, выпадение волос, поседение, субфебрилитет, утрата полового влечения, нарушения менструального цикла. Сочетание мидриаза, тахикардии и склонность к атоническим запорам называют «триадой Протопопова». В. П. Осиповым описан депрессивный «симптом сухого языка» — язык у пациентов сухой, покрыт фулигинозным налетом, с трещинами, иногда выглядит опухшим. Постоянно бывает тяжелый запах изо рта. Описан также своеобразный зрачковый феномен — зрачки расширены, прямая фотореакция зрачков сохранена, но отсутствует на аккомодацию и конвергенцию — симптом Атанасио. При симптоме Аргайла Робертсона, выявляющегося при нейролюесе, наблюдается, как известно, обратная картина: миоз, анизокория, деформация зрачков, отсутствие прямой их фотореакции при сохранении реакции зрачков на конвергенцию и аккомодацию. Динамика вегетативных сдвигов может быть важным свидетельством движения депрессии, что особенно важно иметь в виду потому, что самоотчеты депрессивных пациентов о своем состоянии часто бывают неадекватны — например, они могут указывать на ухудшение самочувствия в то время как объективно наблюдается улучшение. Так, появление слез, колебаний настроения, боли, соматических жалоб у депрессивного пациента, ранее их не предъявлявшего, обычно говорит о снижении глубины депрессии. Пациенты часто думают об этом иначе. Вегетативные расстройства могут возникать в структуре острых аффективных, деперсонализационных и ипохондрических кризов, напоминающих диэнцефальные приступы. Нарушен сон. Затруднено засыпание («сна нет, не идет сон...»), сон поверхностный, беспокойный, с кошмарами, внезапными ночными пробуждениями. Характерны ранние утренние пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна. У пожилых больных в клинической картине депрессии встречаются нарушения, структурно связанные с соматической патологией и расцениваемые как соматогенные, однако, исчезающие по окончании депрессии. Могут возникать также явления, напоминающие психоорганический синдром, но бесследно проходящие вместе с депрессией.

У больных с аффективными психозами, в частности, при циркулярной депрессии выявлены разнообразные нейроэндокринные аномалии:

суточные колебания секреции мелатонина (гормона гипофиза), повышение уровня пролактина, изменения активности щитовидной железы, коры надпочечников и др. Некоторые из них могут быть использованы в диагностике депрессии. Широкое распространение в свое время получил тест дексаметазоновой супрессии. Принцип его таков. В критический период организации суточного гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового ритма (примерно в полночь) перорально дается 2 мг дексаметазона, после чего регистрируется уровень кортизола в плазме и моче. У здоровых субъектов наблюдается выраженная супрессия секреции кортизола на протяжении по крайней мере 24 ч после приема дексаметазона. У больных депрессией выявлены аномалии дексаметазоновой супрессии, выражающиеся в быстром прекращении супрессорного действия дексаметазона, причем с увеличением тяжести депрессии прекращение супрессорного действия дексаметазона происходит раньше (de la Fuente, Rosenbaum, 1979; Greden et al., 1980). К сожалению, тест не оправдал возлагавшихся на него надежд в плане разграничения различных клинических вариантов депрессии, а также ее распознавании. Из объективных методов диагностики депрессии сохраняет значение лишь симптом укорочения РЕМ— фазы сна, то есть самого глубокого сна. Предполагается, что нейроэндокринные аномалии при аффективных психозах связаны с нарушением выработки в гипоталамусе особых пептидных субстанций (рилизинг-факторов), стимулирующих или угнетающих секрецию тропных гормонов передней долей гипофиза. Получены данные, доказывающие, что высвобождение рилизинг-факторов контролируется биогенными аминами (медиаторами), нарушения обмена которых лежат также в основе аффективных нарушений (Schildkraut, 1965).

Выделяют различные клинические варианты депрессивного синдрома в зависимости от того, какие нарушения преобладают в его структуре.

Клиническая картина типичной или меланхолической депрессии характеризуется наличием депрессивной триады признаков (гипотимии, брадифрениии, гипобулии) и выраженных соматовегетативных нарушений с преобладанием симпатoadреналовых явлений. Циклотимическая депрессия — умеренно выраженная меланхолическая депрессия, не достигающая психотической степени. Важно отметить, что пациенты с непсихотической депрессией обычно жалуются на необоснованность депрессии или, по крайней мере, готовы принять этот факт. Психотические больные не считают настроение подавленным, утверждая, что оно адекватно трагическим обстоятельствам. Астеническая депрессия — включает наряду с подавленным настроением выраженные астенические нарушения. При адинамической депрессии на первый план выступают явления адинамии; апатической депрессии — апатии; мрачной депрессии (угрюмой, сварливой, брюзжащей) — дисфорические явления; ноющей, слезливой депрессии — астенические и истерические явления; улыбающейся (иронической, экзистенциальной) депрессии

— ирония, сарказм по поводу своего положения, выражающие не лишённые иногда остроумия глубокое разочарование и утрату основных жизненных ценностей; анестетической депрессии (депрессии бедности участия) — явления психической анестезии, болезненного бесчувствия; депрессии с деперсонализацией — деперсонализация и дереализация в виде чувства внутренней глубокой изменённости и переживания иллюзорности внешнего мира; тревожной (суеливой, ажитированной) депрессии — тревога, страхи, беспокойство, двигательное возбуждение с тревожной вербигерацией; психастенической депрессии — навязчивости. Депрессия с бредом самообвинения (депрессия самомучения) характеризуется наличием бредовых идей само обвинения, самоуменьшения; параноидная депрессия (депрессия неуверенности) — бредовых идей виновности, осуждения, преследования со стороны окружающих; ипохондрическая депрессия — ипохондрических расстройств. Бредовая депрессия проявляется «большим», сложным депрессивным синдромом с бредом, нередко приобретающим фантастический характер (бред Котара). Депрессивно-параноидный синдром включает выраженный депрессивный аффект, бредовые идеи виновности, осуждения, преследования и воздействия, а также психические автоматизмы и бредовые идеи особого значения, инсценировки, ложные узнавания; возможно развитие онейроидного помрачения сознания. Депрессия с явлениями дисморфофобии — включает сверхценные и бредовые идеи физического уродства. Депрессия может сочетаться с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо, кататоническими нарушениями, онейроидным помрачением сознания. Существует, на наш взгляд, реальная возможность систематики многочисленных видов депрессивных состояний, основывающейся на приведенной впереди (см. Общие вопросы синдромологии) шкале психических расстройств.

Все виды депрессии в соответствии с этой шкалой могут быть разграничены на четыре группы, каждая из которых включает приблизительно эквивалентные по тяжести клинические варианты депрессивного синдрома.

Соматизированные или маскированные депрессии. Это депрессия с сенестопатиями (сенестопатическая депрессия), астеническая, вегетативная депрессии. Перечень депрессивных состояний данного уровня может возрасти за счет депрессии с нарушениями функции сна, а также депрессии с нарушениями влечений (анорексии, булимии, сексуальные нарушения). Выделение таких депрессий, как «слезливая» или «мокрая», «сухая депрессия» не представляется целесообразным, так как число депрессий может стать бесконечно большим, если их разграничивать по признаку наличия или отсутствия какого-то одного не очень важного симптома. В группе соматизированных, во всяком случае, близких к «им, следовало бы рассматривать также адинамическую и апатическую варианты депрессии. Было бы оправдано в практическом плане выделение также депрессии, имитирующей соматическую патологию



(органическое поражение головного мозга, заболевания двигательного аппарата, внутренних органов).

Циклотимическая депрессия. В зависимости от преобладающего фона настроения она отчетливо распадается на меланхолическую (с тоской), тревожную (тревогой), фобическую (страхами) и дисфорическую (с озлоблением) варианты депрессивного синдрома.

Атипичическая депрессия. Сочетается с нарушениями невротического уровня и, следовательно, распадается на соответствующие синдромам этого уровня клинические варианты. Это депрессия с навязчивостями, с явлениями дисморфофобии, истерическая, с деперсонализацией и дереализацией, анестетическая, с явлениями нервной анорексии, ипохондрическая, экзистенциальная (ноогенная, аномическая).

Психотическая депрессия. Сочетается с психотическими явлениями. Это бредовая депрессия: с бредом самообвинения, ипохондрическим бредом, бредом физического недостатка; с галлюцинациями; параноидная; парафреническая; со ступором и ажитированная; с онейроидом.

Приведем описание некоторых специальных вариантов депрессивного синдрома.

Скрытая депрессия (матовая, стертая, латентная депрессия без депрессии, соматизированная, псевдопсихосоматическая форма атипичной психической депрессии, упущенная, туманная и другие названия) — особый вариант депрессивного состояния, выражающийся преобладанием в клинической картине «соматических эквивалентов» подавленного настроения в виде функциональных расстройств органов и вегетативной системы, в то время как собственно аффективные нарушения, скрытые соматической симптоматикой, остаются на втором плане и могут быть выявлены лишь при соответствующем исследовании. Подобные состояния Д. Д. Плетнев в 1927 г. описал под названием соматической циклотимии, а Е. И. Краснушкин в 1947 г. — циклосомии.

Среди соматизированных психических расстройств видное место занимают сенестопатические явления — разнообразные боли, парестезии, ощущения жжения, локализованные в различных частях тела. Не меньшую роль играют вегетативные расстройства: головокружения, тахикардия, приступы сердцебиения, сухость слизистых полости рта, анорексия, дискинезии желчных путей, запоры, снижение веса, гиперестезия мочевого пузыря, гипергидроз и др. Наряду с этим наблюдаются ипохондрическая готовность, страхи, навязчивости и другие невротоподобные нарушения — «психические эквиваленты депрессии», склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками — «токсикоманический эквивалент депрессии», нарушения сна, снижение активности, половые расстройства и другие нарушения витальных функций

организма. В. Ф. Десятников (1978) разграничивает следующие субсиндромы скрытой депрессии: наркоманический, обсессивно-фобический, агриппнический (с упорной бессонницей), гипоталамический (вегето-висцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоастматический), а также алгически-сенестопатический с рядом вариантов последнего — абдоминальным, кардиалгическим, цефалгическим, паналгическим. Приведенная классификация не отражает всего многообразия проявлений скрытой депрессии. Не учтены, в частности, сексуальные расстройства, явления гиперсомнии, иногда встречающиеся в клинической структуре депрессии; анорексия, а также редкая, но возможная при депрессии булимия; упорная обстипация, аменорея и т. д. Кроме того, не проводится четкого различия соматизированной и атипической форм депрессии.

Пациенты со скрытой депрессией большей частью наблюдаются врачами-интернистами, в основном терапевтами и неврологами. Не является, однако, редкостью их появление у «узких» специалистов. Так, одна из наблюдавшихся нами пациенток неоднократно обращалась к окулисту с жалобами на исчезновение слез. Из диагнозов, установленным таким больным врачами соматического профиля, особенно часто фигурируют «остеохондроз», «невропатия», «вегетодистония», «невроз», «нейродерматит», «бронхиальная астма, астматоидный бронхит», «ревматический артрит», «гастрит». Иногда подозревается симуляция болезни.

Решающее значение для диагностики скрытой депрессии имеет выявление собственно аффективных расстройств. Они сводятся к нерезко выраженному понижению настроения с преобладанием безрадостности (настроение типа *unlust*), ангедонии, потере удовольствия от жизни, пессимизму, чувству безнадежности. Наблюдаются также тревожность, раздражительность, слезливость, явления болезненной психической анестезии. Формируется особое отношение к болезни, имеет место повышенная лабильность проявлений болезни под влиянием психогенных воздействий. Более чем у половины больных имеют место суицидальные мысли и попытки, значительно реже — стремление использовать вторичную выгоду расстройств.

Как правило, предъявляются жалобы на ухудшение внимания, памяти, притупление умственной деятельности (рассеянность, несобранность, неумение поддержать разговор, хорошо продумать и свободно выразить мысль и т. д.). Снижается репродуктивная память — больные отмечают, что не могут в нужный момент вспомнить хорошо известные им сведения.

Они констатируют также ослабление побуждений, потерю интересов в различных сферах жизни и деятельности, обеднение эмоциональной жизни и большей частью рассматривают это как признаки болезни. Могут встречаться симптомы деперсонализации и дереализации, отдельные обманы восприятия, в частности, галлюциноиды.

В целом распознавание скрытой депрессии основывается на следующих принципах:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- фазное течение. В анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании;
- наследственная отягощенность по линии эффектных психозов. Симптоматика заболевания пробанда может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников;
- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает...») с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил;
- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи — «вечерние интервалы»);
- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;
- наличие суицидальной готовности;
- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания. Тем не менее существуют формы скрытой депрессии, обнаруживающие значительное сходство с проявлениями соматических заболеваний. Термин маскированная- депрессия (ларвированная, депрессия в маске) адекватен именно для данных форм.

Их генезис остается неясным, в качестве гипотезы могут рассматриваться по меньшей мере три механизма: 1) скрытая депрессия выявляет субклиническую соматическую и неврологическую патологию, то есть служит причиной ее декомпенсации, манифеста; 2) скрытая депрессия сочетается с реальными соматическими синдромами (бронхиальная астма, нейродерматиты, аллергические явления, заболевания суставов), патогенетически связанными с депрессивным состоянием. Эффективное лечение депрессии может иметь результатом полную ликвидацию психосоматических синдромов и компенсацию явной и субклинической соматической патологии. И в том и другом случае

речь идет о сложных этиопатогенетических зависимостях и необходимости сохранения широких подходов в трактовке реальной патологии; 3) скрытая депрессия имитирует соматические нарушения вследствие своеобразия внутренней картины болезни. Долго болеющие пациенты, размышляя о своем самочувствии и читая специальную литературу, находят рано или поздно аналогии собственного состояния с каким-нибудь телесным заболеванием. В последующем свои жалобы они искажают в соответствии с принятой ими моделью болезни и тем самым устанавливают сходство с нею. В данном случае следовало бы, очевидно, говорить не о скрытой, а об ипохондрической депрессии. Терапия антидепрессантами способна улучшить состояние пациентов особенно в той его части, где она не затрагивает ипохондрических трактовок и тех нарушений, которые приближаются к конверсионным (при истерической депрессии), то есть вытекающим из болезненных ожиданий;

— положительная реакция на антидепрессанты (диагностика *ex juvantibus*).

С целью выявления скрытой депрессии у больных, предъявляющих только соматические жалобы, Кильхгольц предлагает врачам-интернистам краткий вопросник. Большинство утвердительных ответов предполагает наличие депрессии. Эти вопросы могут быть полезны и начинающему практиковать врачу-психиатру: 1. Получаете ли Вы такое же удовольствие от жизни, как раньше? 2. Не трудно ли Вам стало принимать решение? 3. Не сузился ли за последнее время круг Ваших интересов? 4. Не стали ли Вы в последнее время больше думать о неприятном? 5. Не кажется ли Вам теперь, что жизнь стала бессмысленной, бесполезной? 6. Не чувствуете ли Вы себя более усталым и (или) менее энергичным, чем обычно? 7. Не нарушился ли у Вас ночной сон? 8. Не потеряли ли Вы аппетит, не похудели ли? 9. Не ощущаете ли Вы более в теле или тяжести в грудной клетке? 10. Не расстроилась ли Ваша интимная жизнь?

Скрытая депрессия — аффективный синдром, наблюдающийся в клинике циркулярного психоза, периодически и шубообразно текущих формах шизофрении. Вопрос о том, может ли он встречаться при психогенных и экзогенно-органических заболеваниях, окончательно не решен.

Депрессия истощения Кильхгольца. В отечественной литературе по вопросам невротической депрессии высказывается точка зрения, что данный вариант депрессии является, возможно, начальным этапом невротической депрессии в понимании Фелькеля или эндореактивной депрессии Вайтбрехта.

Депрессия истощения развивается в связи с длительным эмоциональным и интеллектуальным напряжением. Выделяется три стадии заболевания: продромальная, психосоматическая и собственно депрессивная. В продромальной стадии депрессии преобладают неврастенические явления: раздражительность,

повышенная утомляемость, слабость концентрации внимания, нарушения сна. Во второй, психосоматической стадии доминируют разнообразные расстройства вегетативной регуляции: головные боли, головокружения, тахикардия, нарушения сердечного ритма, псевдоангинозные сердечные атаки, обстипация, анорексия, невралгические явления, ипохондрическая фиксация внимания. После дополнительных, порой незначительных психических и физических нагрузок или в ситуации расслабления наступает депрессивная фаза заболевания, характеризующаяся боязливо-тревожным настроением, вспыльчивостью, концентрацией внимания на психотравмирующих раздражителях, нерешительностью, углублением нарушений сна. Может иметь место вторичная витализация депрессии.

Эндоактивная дистимия Вайтбрехта возникает в результате взаимодействия психореактивных факторов и эндогенной предрасположенности к депрессии. В клинической картине заболевания преобладают астенические расстройства, разнообразные сенестопатии, а также ипохондрические нарушения. Подавленное настроение характеризуется дисфорическим оттенком с недовольством, раздражительностью, слезливостью. Первичные идеи виновности отсутствуют. Реактивные моменты находят относительно небольшое отражение в клинической картине болезни. Уже в начальном ее периоде депрессия нередко имеет витальный характер.

Депрессии фона и почвы Шнейдера возникают в связи с соматореактивными воздействиями. Наблюдается изменение общего самочувствия, активности, подавленность, ослабление эмоций. Витальный компонент депрессии, первичное чувство вины, депрессивные бредовые идеи, психомоторная заторможенность отсутствуют.

Реактивные депрессии развиваются в связи с психическими травмами. Это могут быть острые депрессивные реакции с чрезмерной силой депрессивного аффекта, суицидальными попытками, непосредственно связанные с психической травмой и в целом кратковременные; чаще наблюдаются затяжные, медленно развивающиеся депрессии, проявления которых достигают наибольшей интенсивности лишь спустя определенное время после психической травмы, по мере ее переработки.

Клиническая картина затяжных реактивных депрессий характеризуется подавленностью, чувством безнадежности, разочарования, слезливостью, вегетативными расстройствами, нарушениями сна. Витальный оттенок депрессии (имеется в виду тяжесть, боль, жжение в области сердца) отсутствует; он может появиться позднее, но и в этом случае, менее отчетлив, чем при эндогенной депрессии. Двигательная и идеаторная заторможенность наблюдается лишь в начальном этапе депрессии. Отсутствуют также первичные идеи виновности, суточные колебания настроения. Наиболее важной особенностью реактивной депрессии является концентрация всего содержания сознания на психотравмирующих

представлениях, приобретающих доминирующий характер. Переживания больных психологически понятны. Чувство вины чаще обращено на причастных к травмирующим событиям лиц, поэтому пациенты говорят об обиде, недовольстве. В клинической картине реактивной депрессии могут наблюдаться и даже преобладать истерические явления (демонстративность, конверсионная симптоматика, психогенные галлюцинации и др.), или тревога, двигательное беспокойство, страхи, ипохондрические опасения. Реактивные депрессии иногда возникают после завершения изнурительной работы — «депрессивные стрехи» или после окончания длительного периода психоэмоционального напряжения — «депрессия освобождения» Бюргер-Принца. Депрессии данного типа сближаются с эндореактивной дистимией Вайтбрехта.

Реактивная депрессия может возникать при внезапном изменении среды обитания — «культурный шок». Например, при попадании в условия чуждой культуры, возвращении к своей после долгого перерыва, при вынужденной необходимости адаптироваться к различным традициям и устоям общества. Часто встречается у эмигрантов, а также во время радикальных перемен в обществе.

Органические депрессии характеризуются прогрессирующей монотонностью депрессивных проявлений, опустошением эффективности, нарастанием апатии, аспонтанности. Наряду с этим депрессии при органических поражениях головного мозга могут приобретать эндоформный, трудно отличимый от эндогенных, характер.

Б. П. Пивень (1992) указывает, что экзогенно-органическим депрессиям свойственны астения, психоорганические явления, массивные вегетативные нарушения, редкость суицидальных тенденций, склонность к ипохондрии. Чаще они принадлежат к монополярным формам аффективной патологии.

Симптоматические депрессии возникают в связи с соматическими заболеваниями, токсическими и медикаментозными воздействиями, эндокринными расстройствами. Клиническая картина их многообразна и варьирует в широких пределах.

Анаклитическая депрессия — реакция детей, разлученных с матерью или лишенных домашнего окружения в течение длительного времени. В остром периоде реакции дети плачут, не поддаются утешению, не реагируют на других взрослых и детей, могут испытывать страхи. Позже они становятся вялыми, гипотрофичными, мало едят и спят, выглядят несчастными. Отмечаются приступы лихорадки, повышена готовность к инфекционным заболеваниям, теряются навыки сосания. Расстройство обратимо и исчезает спустя 2—3 недели после возвращения к матери.

Синдром предменструального напряжения — депрессия, раздражительность, напряжение с болями в области поясницы, молочных желез и отечностью. Наблюдается у женщин во второй,

лютеиновой фазе менструального цикла. Продолжается в первые 11—12 дней цикла.

Эндогенные депрессии — депрессивные состояния, наблюдающиеся при циркулярном психозе, инволюционной меланхолии, шизофрении.

Важнейшими особенностями циркулярной депрессии являются:

— аутохтонное возникновение аффективных фаз.

Психотравмирующие факторы могут провоцировать появление фаз и некоторое время звучать в переживаниях больных; по мере витализации аффективных расстройств психогенный комплекс постепенно редуцируется;

— депрессия с самого начала носит витальный характер: неприятные ощущения стеснения, сдавливания, тяжести, боли в области сердца, нарушения сна, аппетита, половых функций и др. Вегетативные нарушения характеризуются преобладанием симпатoadреналового симптомокомплекса;

— наличие гипоталамического суточного ритма самочувствия и настроения: ухудшение в утренние часы и спонтанное улучшение во второй половине дня. На высоте психоза депрессия становится монотонной;

— наличие первичного чувства вины, бредовых идей самоумаления и самообвинения;

— наличие идеаторной и психомоторной заторможенности.

Различают четыре степени выраженности циркулярной депрессии:

1) начальная стадия (соответствует циклотимической депрессии) проявляется снижением общего аффективного тонуса (ослабление или утрата способности радоваться, склонность к пессимизму, нет явной тоски или тревоги и внешних проявлений депрессии), соматовегетативными расстройствами (нарушены сон, аппетит, склонность к запорам и др.), нередко астеническими явлениями;

2) классическая депрессия характеризуется преобладанием тоскливого аффекта и отражением его во внешнем облике больных, суточным ритмом настроения, признаками идеаторного и двигательного торможения, появлением депрессивной деперсонализации. Пессимистические суждения больных носят сверхценный характер;

3) классическая меланхолия проявляется значительным усилением вышеперечисленных проявлений депрессий. На этой стадии возможна дифференциация депрессии в зависимости от преобладания тех или иных нарушений (тревожная, анестетическая и т. д.). Сверхценные опасения и самооценка могут приобретать вид депрессивного бреда;

4) последний этап развития депрессии характеризуется появлением стойких бредовых идей самообвинений, осуждения, разорения и др. Возможно их фантастическое видоизменение — меланхолическая парафрения. Нередко меланхолические парафрении выражают крайнюю степень развития депрессивной фазы.

Депрессивные фазы рекуррентной шизофрении (преимущественно аффективные приступы наблюдаются только в клинике данной формы шизофрении) характеризуются следующими основными особенностями:

- отчетливым преобладанием смешанных состояний (депрессий с нормальным или даже ускоренным течением ассоциаций и отсутствием признаков психомоторного торможения) и отсутствием или редкостью приступов типа простой меланхолии с равномерной выраженностью всех компонентов депрессивной триады;
- легкостью присоединения растерянности, галлюцинаций, бреда, явлений психического автоматизма, элементов сновидного помрачения сознания;
- лабильностью клинической картины депрессии, изменчивостью ее глубины;
- отсутствием четкой цикличности, большой частотой сдвоенных, строенных фаз (включая и маниакальные фазы).

Основными особенностями депрессии при инволюционной меланхолии являются следующие:

- начало в виде атипичной депрессии с вялостью, дисфорией, ипохондрическими расстройствами;
- преобладание в развернутой клинической картине заболевания тревоги, страхов, агитации и идеомоторного возбуждения, тревожной вербигерации;
- отсутствие определенного суточного ритма в интенсивности депрессивных проявлений;
- быстрое развитие различных форм депрессивного бреда (разорения, гибели, ипохондрического, нигилистического, обвинения, виновности) с перерастанием его на высоте психоза в бред Котара;
- резкое усиление тревожной агитации при любых переменах обстановки — симптом Шарпантье;
- значительная частота истериформных проявлений (причитания, заламывания рук, стенания, театральное поведение, назойливость);



— отсутствие чувства психической измененности (то есть депрессивной деперсонализации) и сознания болезни;

— монофазный характер заболевания. Фазы чаще всего имеют затяжной характер. Случаи полного выхода из фазы при современном лечении исключительно редки. Указанные признаки инволюционной депрессии в настоящее время связывают с влиянием возрастного фактора. Существование инволюционной меланхолии как самостоятельного заболевания подвергается в настоящее время сомнению.

### **5.1. Психология сознания**

Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

Условно разграничивают предметное сознание и самосознание. Предметное сознание — динамическая структура или поле, в котором объединяются все внешние впечатления. Самосознание — система ощущений, знаний о самом себе, отношениях с окружающими, своем внутреннем мире. Индивидуальное сознание, степень его развития определяются двумя факторами: уровнем общественного сознания, и тем, в какой мере индивидуум превратил его в факт своей внутренней жизни. Уровень развития индивидуального сознания зависит от конкретных исторических условий жизни и биологических механизмов, обеспечивающих процессы интериоризации. Различным историческим эпохам соответствуют определенные формы индивидуального сознания. В виде самой общей гипотезы можно допустить, что в первобытно-общинном строе структура сознания человека имела мистический или анимистический характер: знания о внешнем и внутреннем мире цементировались представлениями о существовании вездесущих духов или невидимых сил, игра которых была тайной причиной всего происходящего. Следует при этом заметить, что свойства духов являлись отражением знаний человека о своей собственной психике. Анимистическое сознание, таким образом, представляет наиболее простую и самую раннюю синкретическую форму сознания, в котором предметное сознание и самосознание оказываются неразделенными, как бы слитыми в одно неразрывное целое. Можно, пожалуй, сказать и так: сознание древнего человека — это вынесенное или спроецированное во внешний мир знание о самом себе. В ту далекую пору человек знал о себе очень немного, самовосприятие носило, по-видимому, весьма смутные формы, так что внешний и внутренний мир не могли быть разграничены достаточно четко. По мере медленного, но неуклонного развития психологических структур к началу рабовладельческой эпохи уровень индивидуального сознания поднялся на порядок выше. За неимением лучшего термина состояние сознания этого времени можно определить как мифологическое: мир населен и управляем сонмищем богов, которые, впрочем, еще мало чем отличались от самого человека и с которыми он обращался как с собой. В это

время, однако, появляются зачатки психологии. В древних книгах во множестве, рассыпаны отдельные замечания и наблюдения, касающиеся природы внутреннего мира человека. Другими словами, человек уже выделил себя из окружающего его мира, у него появилось самосознание. На протяжении всего средневековья, в эпоху феодализма доминировало религиозное сознание. Внешний мир — творение рук Господа Бога, а внутренний — копия или подобие божественной сущности. Индустриальному обществу свойственна естественнонаучная или, лучше сказать, технократическая форма сознания. Человек — это животное, машина, компьютер, внутренний его мир — это товар. Характерен рыночный тип отношений между людьми. Лишь в постиндустриальном обществе впервые появляется понимание того, что человек — средоточие мировых, фундаментальных ценностей, что это совершенно особый, уникальный феномен природы и общества. По существу только в XX в. человек сделал первый шаг к осознанию самого себя. Тем самым он положил начало гуманистической форме сознания. Было бы упрощением считать, будто индивидуальное сознание является копией существующих общественных условий. Уже в античную эпоху жили люди, сознание которых можно было бы определить как естественнонаучное или даже гуманистическое, и которые на много веков ушли вперед от своих современников. Очевидно, в человеке есть нечто такое, что позволяет ему опережать свое время.

Сознание характеризуют следующие психологические свойства:

— активность. Это означает, что действия человека обусловлены не столько внешней ситуацией, сколько внутренними целями. Кроме того, это указывает на значительную устойчивость деятельности в отношении принятой цели. Поведение человека нельзя определить термином «приспособляемость», на пассивное уподобление

предметам оно похоже меньше всего;

— интенциональность. Это направленность на объект. Другими словами, сознание — это всегда сознание чего-то, какого-то конкретного объекта или явления;

— самонаблюдение или рефлексия, то есть осознание самого себя. Вместе с тем рефлексия предполагает осознание мотивационно-ценностных аспектов происходящего, то есть оценку объектов в их отношении к индивидууму;

— уровень активности сознания. Этими уровнями являются: сверхбодрствование, бодрствование, ясность, сужение, спутанность и оглушение. Сверхбодрствование — состояние, в котором индивид осознает то, что в обычном режиме активности остается для него скрытым или только смутно угадывается. Субъективно это чувство подъема с переживанием просветления, озарения с глубоким погружением в мир и самого себя. В художественном и научном творчестве сверхбодрствующее сознание называют вдохновением, в

религии — прозрением, сошедшим свыше чудесным даром вырваться из плена обыденных представлений. Сверхбодрствование не тождественно интуиции: последняя вовсе не предполагает высочайший уровень постижения действительности и, кроме того, интуиция — это момент, короткий миг понимания, а сверхбодрствование может продолжаться часами. Могут наблюдаться и патологические состояния сверхбодрствования, связанные, например, с приемом психостимуляторов. Бодрствование — состояние, в котором все явления действительности улавливаются в адекватной их связи между собой на каком-то привычном, как бы среднем уровне. Творческая активность возможна и здесь, но уже без полета, скорее это логическая обработка материала, его систематизация, точные формулировки и и т. п. Ясность — состояние формального осознания действительности, однако без достаточно связного и цельного ее отражения. Наблюдая серию явлений, человек может верно рассказать о каждой из них, но объединить их, найти соединяющий их стержень оказывается не в состоянии. Сужение сознания — частичное, неполное осознание действительности, одностороннее ее отражение, когда выделение одних связей и объектов производится в ущерб другим, которые не замечаются. Разные степени сужения сознания наблюдаются в состоянии аффекта. Спутанность сознания — искажение структуры внешнего и внутреннего мира. Например, реальный мир может полностью заслоняться мнимыми, галлюцинаторными образами. Отдельные признаки спутанного сознания можно видеть во сне во время сновидений. Оглушение сознания — блокада внешних впечатлений и механизмов их переработки вплоть до полного выключения психической активности (кома).

В функциональном плане сознание обеспечивает решение весьма важных задач.

**Разграничение внешнего и внутреннего мира.** Различение комплекса внешних впечатлений и комплекса внутренних ощущений. Это явление кажется достаточно очевидным, но при более внимательном рассмотрении выясняется, что граница между упомянутыми комплексами является весьма размытой и довольно подвижной. Так, о своем теле можно сказать по-разному. Тело вроде бы «мое», это часть моего «Я», не относящаяся к внешнему миру, но в тоже самое время тело — это физический объект, как бы вместилище моего «Я», то есть нечто внешнее по отношению к нему. Точно также мы говорим «моя мысль, мои ощущения», подчеркивая тем самым их принадлежность к внутреннему миру. Но нередко выражаемся иначе: «Мне пришла эта мысль, у меня возникает ощущение» — так, будто мысль или ощущение стоят в стороне от ядра собственного «Я». Вместе с тем в высказываниях «мой дом, моя земля, мои дети» мы утверждаем, что эти внешние объекты являются неотъемлемой частью того, что мы считаем своим «Я». Строго говоря, являющаяся несколько неопределенной сфера «Я» ограничена той частью самоощущения, которая относится к чувству личной активности. На другом полюсе находятся объекты, воспринимающиеся с ощущением чуждости, отдаленности, по

отношению к которым нельзя сказать, что они каким-то образом связаны с личностью. Между этими крайними точками простирается широкая полоса объектов, которые мы склонны считать одновременно и внешними по отношению к себе и относящимися к внутреннему миру.

**Разграничение объективного и субъективного в содержании переживаний.** Иначе сказать, индивид имеет в своем распоряжении набор критериев, которые позволяют ему уверенно это делать. Если этих критериев нет либо они недостаточны, субъективны, то продукты воображения отождествляются с действительностью, объективным содержанием. Это можно видеть в детских фантазиях, в вымыслах незрелых личностей, болезненном воображении психиатрических пациентов. Во всех этих случаях происходит проекция внутренних отношений на внешний мир, объективизация субъективных образов. Возможно и обратное явление: объективное содержание воспринимается как субъективный феномен. Например, то, что было в действительности, вспоминается как сновидение, выдумка, нечто такое, чего на самом деле не было.

**Системность восприятия, мыслей и действий.** С этим связано непосредственное ощущение единства и непрерывности собственного «Я», формирование устойчивого образа внешнего мира и связности происходящих в нем перемен, а также чувство слитности субъекта с внешним миром, переживание их интегрированности в одно неразделенное целое. В самом деле, человек в течение своей жизни сильно изменяется, но, начиная с детства, с того момента, когда он впервые начал осознавать себя, это ощущение внутренней стабильности, постоянства внутренней структуры его не покидает. Каждый человек играет множество разных социальных ролей, испытывает разноречивые побуждения и мысли, и тем не менее ощущает внутреннюю целостность, осознает в себе какое-то гармонизирующее начало. Попадая в самые разные ситуации, он сохраняет ощущение единения с внешним миром. Чувство разобщенности с внешним миром, утрата сознания единства и непрерывности своего «Я», ощущение разрыва временных и пространственных связей между различными событиями характеризует обычно болезненные состояния.

**Сознание единичности собственного «Я» и всего существующего во внешнем мире.** Это вроде бы тривиальная истина, что «Я» — один, другого такого нет, как нет другой такой же мысли, эмоции, матери, сына или дома. «Я» бывает в разных состояниях, подчас полярных, противоположных, например, в плохом и хорошем настроении, когда радикально меняются желания, мысли, чувства, и все же это воспринимается не как разные «Я», а только разные состояния одного и того же «Я». В дремотном состоянии, опьянении, болезни это ощущение единичности самого себя обычно не исчезает, как бы сильно личность не деформировалась. То же самое можно сказать и о восприятии внешнего мира. Любой другой человек, как бы сильно он не менялся внешне и внутренне, как бы долго его и не видели, все-таки это будет тот же самый человек и

никто другой. Нормальное функционирование сознания защищает человека от переживания множественности самого себя и окружающего мира на протяжении всей жизни, и только при тяжелых нарушениях психической деятельности этот механизм защиты оказывается поврежденным.

Внутренний диалог. Человек постоянно общается с самим собой, все время задает себе вопросы, отвечает сам на них, хвалит или осуждает себя, так или иначе как бы со стороны оценивает свои действия и себя в целом. Эта сторона деятельности сознания отражает его социальный характер, тот факт, что сознание формируется в процессе общения с людьми. Диалог с самим собой это то, что некогда было внешним общением, но затем переведенное во внутренний план с помощью речи. Субъектами внутреннего общения являются, надо думать, не отдельные мысли или черты характера, а сложные состояния личности, более или менее самостоятельные внутренние «люди», с которыми, вероятно, человек ранее идентифицировал себя в той или иной социальной роли. В этом смысле сознание можно бы уподобить достаточно вместительной площади, на которой собирается несколько человек, а порой внушительная толпа, пытающаяся найти какое-то общее решение,

Э. Берн, один из создателей транзактного анализа, исходит из предложения о том, что в каждом человеке существуют три состояния личности, соответствующие ребенку, взрослому и родителю. Выходит так, что эти три более или менее независимые личности имеют равный доступ к памяти, мышлению, эмоциям и психомоторным функциям и каждый из них может вести свою собственную жизнь. Характер внешнего общения (а общение рассматривается как серия транзакций, то есть отдельных актов общения) зависит от того, какие состояния личности партнеров вступают в диалог. Скажем, ребенок одного партнера может вступить в общение со взрослым другого партнера. Если бы это действительно было так, то внутреннее общение, диалог с собой мог происходить между тремя указанными состояниями личности. Данный подход представляется очень интересным и много обещающим, хотя и основан на односторонней психоаналитической доктрине личности.

Следует подчеркнуть, что сознание, как социальный по своему происхождению феномен, тесно связано с речевыми процессами. В сущности своей сознание — это мировой опыт всех поколений человеческого общества, отпечатанный в психике индивида в виде более или менее законченной словесно-логической структуры. Осознанным в этом смысле можно считать лишь то, что имеет словесно-логическое выражение. Впечатления, образы, действия, не включенные в эту структуру, мы должны считать следовательно, неосознанными.

Наряду с сознанием, важную роль в психической жизни человека играют бессознательные процессы. Точного определения понятия «бессознательное», как, впрочем, и того, что представляет собою

сознание, не существует. В самом общем виде можно принять, что сферу бессознательного образуют психические акты и состояния, изолированные от организованного опыта, именуемого сознанием, и не имеющие словесно-логической формы выражения.

Бессознательное — это то, что человек не может соотнести с определенным объектом или явлением и выразить в связной, логической формуле.

В кратком психологическом словаре приводится двойное определение бессознательного. Бессознательное, во-первых, это совокупность психических процессов, актов и состояний, обусловленных явлениями действительности, во влиянии которых субъект не отдает себе отчета. Бессознательное, во-вторых, это такая форма психического отражения, в которой образ действительности и отношение к ней составляют одно нерас-члененное целое. Бессознательное, таким образом, лишено свойства рефлексии и, стало быть, не находится под контролем субъекта.

Таким образом, можно сделать несколько выводов о признаках, характеризующих бессознательные психические процессы:

— они протекают без ощущения собственной психической активности, то есть изолированно от ядра личности. Субъективно это переживается как непроизвольное, автоматическое или даже насильственное течение психических актов.. Произвольный контроль за ними невозможен, усилием воли приостановить их нельзя;

— поскольку бессознательное — это автономная часть личности или какое-то ее состояние, то связанное с нею содержание психических актов воспринимается как нечто совершенно чуждое и непонятное личности, неведь откуда взявшееся и нередко противоречащее содержащемуся в сознании;

— языком бессознательного являются образы, действия, а также речевые структуры, лишенные логической последовательности. Эти изменения бессознательного объединяются в ряды или накладываются друг на друга таким образом, как это диктуется желаниями и эмоциями. Иначе говоря, в мире бессознательного действует своя логика и эта логика является аффективной или кататимной. Значение бессознательных структур, внедрившихся в сферу ясного сознания, оказывается индивидууму совершенно непонятным, так как это значение выражено на совсем ином языке, чем тот, на котором, записано содержание сознания. Так, реальный раздражитель извне является толчком к такой цепи образов, которая лишь очень отдаленно похожа на этот объект. Например, в ответ на укол острым предметом возникает образ обвивающей тело змеи и ее укус. На уровне сознания этому образу соответствует восприятие колющей иглы, но вывести второе из первого невозможно. Множество попыток в разные времена понять язык бессознательного ни к чему не привели, во всяком случае, они до сих пор остаются в границах весьма умозрительных гипотез;

— на уровне бессознательного не существует разграничения на внешний и внутренний миры. Так, сновидения никогда не переживаются как события внутреннего мира. Как правило, спящим они локализуются в каком-то особом пространстве, не являющемся также внешним по отношению к субъекту. Быть может, речь идет здесь о первичном ощущении пространства, свойственным младенцу до того момента, пока оно не дифференцируется на внешнюю и внутреннюю его сферы;

— в бессознательном не существует границ между субъективным и объективным в самом содержании переживаний. Эти переживания, если выключаются механизмы сознательного контроля, не подлежат сомнению и напрямую выражаются вовне в соответствующих действиях;

— динамика психических актов и действий в сфере бессознательного лишена не только логических, но также временных и пространственных ограничений, свойственных сознательному уровню отражения действительности. Так, в сновидениях прошлое сосуществует с настоящим и будущим, находящееся в разных местах оказывается рядом, несовместимые вещи образуют одно целое. Распад ткани сознания проявляется нарастающей противоречивостью суждений, поступков и оценок, импульсивностью, признаками психической диссоциации, аффективной логикой, внушаемостью.

В целом, как считают, бессознательное находит свое выражение в ранних формах познания ребенком действительности, в архаическом мышлении, в интуиции, аффектах, панике, гипнозе, сновидениях, привычных действиях, субсенсорном восприятии, а также в побуждениях, поступках и чувствах, причины которых остаются неясными личности. Кроме того, бессознательное широко представлено в патологических феноменах.

Проявления бессознательного. Надсознательные явления. Встречаются на неподдающемся сознательно-волевому контролю уровне психической активности, который включается при решении творческих задач К. С. Станиславский обозначал надсознательное термином «сверхсознание» и выдвинул представление о специфических свойствах этого уровня психической активности, отличающих его как от сознательных, так и бессознательных процессов. П. В. Симонов отождествлял надсознательное с механизмом творческой интуиции, создающим новые комбинации прежних впечатлений таким образом, что они раскрывают неизвестные прежде аспекты действительности. Последнее подтверждается обычно позже, когда появляются соответствующие доказательства. По существу оба эти подхода характеризуют состояние, которое определяется как сверхбодрствование сознания.

Творческая активность индивида, действительно, использует старый опыт, но регулируется неосознаваемыми идеями, которые скрыты в выдвигаемых исследователем гипотезах и решениях. Эти идеи могут

быть выявлены с помощью категориального анализа, то есть анализа значения, в котором используются быть может уже известные и ранее научные понятия (в отличие от психоанализа, нацеленного на изучение глубинных динамических тенденций). Сам индивид, однако, не осознает свои идеи во всей их полноте, как не осознает и того, каким образом они влияют на ход его мыслей. Вероятно, именно с этим связана субъективная непредсказуемость, неожиданность возникающих у исследователя новых решений проблемы. Эти решения вспыхивают внезапно, порой по самому ничтожному или случайному поводу, нередко в самое, казалось бы, неподходящее для этого время и субъективно воспринимаются как результат непосредственного восприятия истины, следствие прозрения, инсайта. Это вторжение новой идеи в сознание может происходить не только в бодрствующем состоянии, но и во сне, в опьянении, причем соответствующее решение или идея иногда отображаются не в виде логической структуры, а в аллегорической форме, в форме какого-то образа, что сближает научное творчество с художественным. Так, Кеккуле увидел во сне змею, ухватившую себя за хвост, и понял, что именно этот образ содержит ключ к раскрытию формулы бензола. Творческое решение, помимо того, осознается как самоочевидная истина, не вызывающая колебаний, хотя и нуждающаяся в логическом обосновании. Бывает, что такое решение долгое время не может быть доказано, и поэтому оно вначале отклоняется и многие годы пребывает в забвении. Так, планетарная модель строения атома была предложена русским инженером столетием раньше, чем получила экспериментальное подтверждение в 1911 г. Резерфордом. Законы Менделя, на которые вначале не обратили внимания, спустя 40 лет были, по существу, открыты вновь. Многие из того, что кажется сегодня неприемлемым и не воспринимается на уровне сознания, завтра будет истолковано как очевидное или давно забытое старое.

Интуиция может быть и патологической. Продуктом болезненного творчества являются, в частности, бредовые идеи. Как и акты нормального творчества, такие идеи большей частью возникают внезапно, по типу озарения, с характером непреложной и очевидной истины. Конечно же, они не могут быть доказаны хотя бы уже в силу того, что являются ложными, нередко абсурдными. Отсутствие доказательных доводов осознается многими пациентами, но это не может остановить их, так как сам факт отсутствия подтверждающих фактов не является доказательством того, что они неправы. Как правило, больных невозможно переубедить: то, что нельзя доказать, не удастся и опровергнуть. Распознавание бредовых идей связано, таким образом, с немалыми трудностями, если, конечно, речь не идет о явно нелепых идеях. Из сказанного вытекает предположение, вступающее в противоречие с распространенным о том, что патологические, бредовые идеи имеют своим источником глубинные, аффективные (кататимные) механизмы. Это предположение заключается в том, что появлению бредовых идей предшествуют деструктивные изменения на уровне неосознаваемых категориальных структур, то есть изменения на уровне надсознательного. Вероятно, это могло бы объяснить столь



разительное сходство, какое бредообразование имеет с актом творчества.

Неосознаваемые побуждения (мотивы) к деятельности. Субъект стремится совершить поступок, не понимая при этом причины своего желания. Это явление впервые открыто в исследованиях гипноза. По выходе из гипнотического состояния, в котором испытуемому внушалась некая программа действий, он все это делал, не осознавая того, что именно заставляет его поступать таким образом. Например, внушалось, что ему нужно в такой-то час пойти в магазин и купить определенную вещь. Следует заметить, что внушить можно не все, а только то, что соответствует или не противоречит ожиданиям и общему направлению деятельности субъекта. З. Фрейд рассматривал неосознанные побуждения как нереализованные влечения, которые из-за конфликта с усвоенными этическими нормами вытесняются в бессознательную сферу психики. Такие влечения, как он думал, обыкновенно не исчезают и, обходя запреты цензуры, проявляются различным образом. Так, они обнаруживаются в виде обмолвок, оговорок, описок, случайных или реактивных действий, симптомами заболевания (страхами, нарушениями деятельности внутренних органов), сновидениями, остротами. В основном, по Фрейду, такими побуждениями оказываются задержанные в детстве сексуальные влечения. В сознании взрослого они представлены в иной системе значений и внешне могут быть совершенно непохожими на сексуальные потребности. Если пациент узнает об истинной причине своего невроза, о той психической травме, которая послужила препятствием на пути адекватной реализации влечения, то это сообщение он примет как нечто чуждое его теперешней личности и само по себе знание мало ему поможет. Для того чтобы изжить психическую травму и устранить эффекты бессознательного в поведении, нужны иные подходы, а не простое информирование. В психоаналитическом лечении выздоровление достигается тем, что задержанное влечение переносится на врача-аналитика, а в групповой психотерапии — на другого члена группы. Складывающиеся на этой основе отношения затем корригируются, а это означает, что влечение себя исчерпало, оно нейтрализовано. Механизмы переноса трансфера) не очень ясны, как, впрочем, и другие приведенные здесь соображения З. Фрейда. Главной остается неясность в том, считать ли указанную динамику влечений причиной или следствием заболевания. Не менее последовательной и логичной выглядит гипотеза, в соответствии с которой актуализация пройденных в онтогенезе форм реагирования связана с наступающей вследствие болезни дезинтеграцией функций сознания.

Неосознаваемые механизмы регуляции автоматизированных действий. Это операционные установки — способы выполнения умственных действий, запоминания, актов восприятия и др., а также внешних действий — чтения, письма, разговора, ходьбы, и т. д. Многие поступки выполняются автоматически, без раздумий. Указанные виды автоматизмов вначале формируются под контролем сознания, как произвольные акты, и лишь позднее их программы становятся неосознаваемыми, что имеет важное значение для

психического развития, так как освобождает сознание для контроля за более сложными операциями. Факт автоматизмов осознается обычно в тех случаях, когда на пути их реализации встречаются неожиданные препятствия или действия приводят к нежелательным последствиям. Попытка поставить под контроль сознания осуществление упрочившихся программ может нарушать течение автоматических действий. Так, если больной со страхом перед неудачей (боязнь ходить, говорить, страх подавиться пищей и т. д.) пытается с помощью сознательных усилий управлять соответствующими действиями, они скорее всего будут выполняться хуже, чем если бы он не обращал на них столь пристального внимания. Страх заикания резко ухудшает речь, боязнь сказать что-нибудь не так чаще всего приводит именно к такому нежелательному результату. Боязнь повторной травмы заметно увеличивает риск ее повторения, так как нарушается автоматизм реагирования в момент опасности.

Проявления субсенсорного восприятия. Неосознаваемые восприятия, способные оказывать влияние на поведение. Так, стимулы, незамечаемые днем, могут отражаться в сновидениях, как это бывает с первыми болевыми ощущениями. Впечатление о новом человеке нередко связано с восприятием некоторых деталей его внешнего облика, не оставляющих следа в сознании, так что не всегда можно сказать, почему этот человек привлек симпатию или чем-то сразу не понравился. Факт субсенсорного восприятия подтвержден известными экспериментальными исследованиями, в которых незаметно от людей давалась реклама пищевого продукта, в частности, кофе, чая. Это делалось с помощью субтитров на киноплёнке, не воспринимавшихся кинозрителями. Потребление кофе, например, после этого заметно возрастало. Средства массовой культуры могут таким образом манипулировать вкусами и взглядами многих людей. Поскольку воздействие осуществляется, минуя сознание человека, формирующиеся отношения воспринимаются как свои собственные и сложившиеся как бы интуитивно.

Развитие сознания. Сознание человека в ходе его индивидуального развития последовательно проходит ряд этапов. Хотя данная проблема не относится к числу хорошо изученных и достаточно ясных, попытаемся, основываясь на современных литературных данных, дать общее описание этих этапов.

. На первом этапе своего формирования сознание определяется как бодрствующее. Это сознание младенца в возрасте до одного года. Название подчеркивает только факт психической активности ребенка, быстрыми темпами нарастающей от одного месяца к другому и выражающейся в укорочении нормы суточного сна. Если сразу после рождения младенец спит почти все время, исключая периоды кормления, то к концу года он бодрствует 6—10 часов в сутки. Факт бодрствования ничего не говорит о структуре сознания, хотя именно в течение первого года эта структура закладывается в основных своих чертах. Так, если до двух, трех месяцев младенец не различает внешних и внутренних ощущений, то к полугодю это

становится ему доступно. Другими словами, для него уже существует внешний и внутренний мир и недифференцированный вначале поток ощущений распадается на два рукава, один из которых дает начало предметному сознанию, а другой — самосознанию. Вероятно, никогда не будет установлено, какими являются и тот, и другой в своих истоках. Можно лишь предполагать, что предметное сознание в ранней своей форме представляет собой выделение некоторых устойчивых элементов внешнего мира, какие-то точки кристаллизации последующего опыта. Самосознание сводится, по-видимому, только к общему ощущению своего тела, себя, как физического существа. Нет ничего невероятного и в том, что именно в этом возрасте складывается общее эмоциональное ощущение внешнего мира, и самого себя. Если ребенок, скажем, часто болеет, испытывает массу неприятных патологических ощущений, то его самовосприятие будет окрашено отрицательными эмоциями. Если он лишен ласки, тепла и нежности, то и восприятие внешнего мира вызовет у него соответствующий аффективный отклик — боязнь, недоверие.

Реакция на внешние объекты становится отчетливой к четырем-шести месяцам. Дифференция внешних и внутренних ощущений, как один из показателей развивающегося сознания, дополняются другими важными элементами — координацией, связью этих ощущений. С этого момента начинается организация индивидуального опыта, структурирование чувственной основы сознания.

К восьми, девяти месяцам у ребенка складывается достаточно стабильная и адекватная организация среды. Это проявляется, в частности, поиском потерянного предмета. Ребенок понимает, что предмет существует, даже если не видит его. Устойчивые реакции на один и тот же объект указывают на то, что у младенца формируются представления о постоянстве объектов. Конечно, сказать об этом он не сможет не только в этом возрасте, но и много позже, но важно, что он отлично это понимает. Данное обстоятельство представляет особый интерес в плане предположения о том, что созревание более высоких, базисных форм интегративной деятельности опережает развитие операционных функций. В соответствии с используемой здесь терминологией можно высказать гипотезу, по которой надсознательные процессы опережают в своем развитии то, что принято называть собственно сознательными механизмами.

Сложный характер действий ребенка к концу первого и в начале второго года жизни показывает, что реакции ребенка определяются не одной только внешней ситуацией, но что их санкционирование входит в компетенцию «Я». Другими словами, внутренний мир к началу второго года организован столь сложно, что становится регулятором отношений с внешним миром. Это означает, что фундаментальные основы организации личного опыта закладываются в самом раннем возрасте.

В возрасте от одного до трех лет качество сознания становится иным — оно становится предметным. Название исходит из того, что в содержании сознания доминируют внешние впечатления, внешняя направленность внимания. Считается также, что ребенок, в этом возрасте не выделяет себя из внешней среды, а в том, что он называет себя в третьем лице, усматривают отношение к себе, как к внешнему объекту.

Наблюдения за детьми в этом возрасте показали, что это не совсем так. Уже в возрасте полутора, двух лет можно видеть отчетливые и достаточно дифференцированные проявления самосознания. Дети понимают, что могут заставить своих родителей что-то сделать. Это свидетельствует о том, что у них существует сознание своего «Я» как активного, действующего начала. Дети четко констатируют свои действия, точно называют желания, причем делают это не только в третьем, но иногда и в первом лице, широко используются местоимения «ты», «он», «мне», «мое». Трудности с употреблением местоимения «я» носят скорее языковой, нежели психологический характер. Дети безошибочно узнают свое отражение в зеркале. Гэллуп (1977) обнаружил, что в 22—24 месяца, глядя на себя в зеркало, дети определяют, что у них испачкан нос. Из животных такой способностью обладают только шимпанзе. Можно также наблюдать, как на втором году дети прерывают начатое действие и при этом вопрошающе смотрят на взрослого. Позднее ребенок будет сопровождать этот взгляд словами «нет, нет». Это означает, что внешние запреты довольно рано становятся у детей частью их внутренней структуры.

К трем годам появляются представления о мышлении как о чем-то скрытом от посторонних. Окружающие, считает малыш, не могут видеть, как он думает, так как на голове «сверху находится кожа или нет больших дырок». Есть и другие объяснения, но главное здесь состоит в том, что ощущение интимности, изолированности, закрытости внутреннего мира формируется очень рано, быть может много раньше, чем дети могут объяснить. Они хорошо понимают, что кукла не умеет думать и не знает, как ее зовут. Некоторые дети уверены, что думают они головой, возможно, зная это от взрослых, но что особенно важно, они ощущают активность мысли, осознают этот процесс как нечто присущее их «Я». Большинство знает назначение других частей тела, а когда их спрашивают, зачем им два глаза или два уха, дают понять, что без этого никак нельзя. На фотографиях с радостью узнают себя и называют свое имя. Обнаруживают хорошо развитое чувство собственности — не отдают свои игрушки, а позаимствованные у других детей считают своими. Слово «мое» относится не только к числу первых, но и самых употребительных в их лексиконе. Это показывает, что идет бурный, экспансивный рост самосознания, причем хорошо видна активность механизмов присвоения, интериоризации внешних впечатлений и превращения последних в элементы структуры «Я». Достаточно отчетливо выраженная к этому времени способность понимать душевное состояние другого человека свидетельствует о том, что ребенок помнит о своих прежних эмоциональных реакциях и может

действовать в соответствии со своим личным опытом переживания — обнять кого-то, приласкать, дать игрушку, сладости. Все вышесказанное говорит о том, что предметное сознание в этом возрасте сосуществует со сложными и довольно дифференцированными представлениями о своем внутреннем «Я». Внешние впечатления ребенка также организованы, и не только в пространстве, но и во времени. Ребенок может прогнозировать некоторые события, например, уход и возвращение матери, поощрения и замечания. В целом у него складывается более или менее устойчивая картина внешнего мира и понимание своего места в нем. Ребенок осознает, что внешний мир в известной степени подвластен ему, и он может действовать в нем по своему усмотрению. Складывается определенная структура отношений с окружающим миром, причем она опосредована личностью ребенка.

Воспоминаний о себе до трех, четырех лет, как уже упоминалось, не сохраняется. В памяти остаются лишь отдельные внешние впечатления. Первые впечатления о себе относятся к четвертому, пятому году жизни, реже — к более раннему возрасту. Зачастую они оказываются ошибочными — это поздние фантазии, сновидения, рассказы окружающих, включенные в образ своего «Я». Природа детской амнезии не установлена. Связать ее с вытеснением ранних сексуальных комплексов, как пытался это сделать Фрейд, не удалось. Существует гипотеза, по которой ранние впечатления, основанные на «проксимальных» ощущениях, не запоминаются из-за отсутствия у детей адекватного запаса слов и неспособности организовать впечатления для сохранения их в памяти (Слобин, Грин, 1976). Если учесть, что запас слов к этому возрасту становится достаточно большим, как и запас знаний, то и эта гипотеза не кажется убедительной. Генезис детской амнезии, возможно, имеет, нейробиологические, а не психологические причины. Возможно, он связан с тем, что объем символической памяти и взаимодействие между разными формами памяти у детей все еще недостаточны для запоминания большого объема информации.

Возрасту от трех до семи, девяти лет соответствует новый уровень развития сознания — индивидуальное сознание. Название подчеркивает прежде всего факт усложнения и дифференциации самосознания. Внешне это выражается в том, что ребенок уверенно, начиная с трех, четырех лет, пользуется личными местоимениями. Он ощущает себя единой и устойчивой структурой, ядром которой является сознание принадлежности к «Я» побуждений, мыслей и чувств. Весьма характерно ощущение своей автономии, самостоятельности. С этим ощущением связан физиологический негативизм детей — они противятся всякому вмешательству извне, утверждая тем самым право иметь собственные ценности. Ребенок уже понимает, что им дорожат, его ценят, что он имеет какой-то вес в глазах окружающих. Отсюда проистекает желание «показать» себя, привлечь к себе внимание, а также гнев, возникающий при появлении препятствий на пути к цели.

В три, четыре года ребенок отождествляет себя с одним из родителей, копирует его. Это значит, что он хорошо разбирается в социальных ролях, какие играют отец и мать. Имитирует однако он лишь то, что определено его потребностью в самоутверждении, существованием устойчивого внутреннего образа своего «Я». Другими словами, ребенок перенимает ту роль, какую он сам хотел бы играть. Мальчики обычно выбирают роль отца, девочки — матери, основываясь на происшедшей ранее половой идентификации. Половое отождествление осуществляется в возрасте до двух лет и это хорошо видно по играм и игрушкам, которые в это время предпочитает ребенок. Если половая идентификация и связанные с нею игры, отношение взрослых доставляют комфортные ощущения, половая роль фиксируется, даже если она оказалась несоответствующей биологическому полу. Выбор пола является, таким образом, основой для общей психологической идентификации, то есть выбора мужской или женской психологии, а также сексуальной ориентации. Психологическая идентичность в дальнейшем конкретизируется путем частных отождествлений с мужскими и женскими социальными ролями.

В указанном возрасте дети имеют представление о своем идеальном «Я» и могут сравнивать его с тем, как они воспринимают свое реальное «Я». Здесь появляется, следовательно, определенное отношение к себе, самооценка. Дети могут говорить о себе одобрительно или осуждающе, нравиться себе или нет, начинают стесняться, появляется чувство стыда.

Сообщая о себе, дети приводят тем не менее характеристику своих внешних данных: рост, цвет волос, любимое занятие. Точно также описывают других людей. Причины своего поведения видят, в основном, вне себя, и, если недовольны собой, то жалуются на окружающих. С шести лет начинают понимать, что окружающие судят о них не по внешности, а по поведению, их начинает интересовать мнение других, о себе. Четко разграничивая внешний и внутренний мир, еще не всегда уверенно отличают в своих представлениях деятельность воображения и то, что соответствует действительности. Повышенная склонность к фантазированию довольно часто приводит к смешению того и другого — в этом возрасте особенно ярко проявляются аутистические тенденции мышления, нормальные для данного периода развития. Дети проявляют повышенный интерес к сказкам и едва ли ясно понимают, что они — вымысел — настолько живо и эмоционально реагируют на их содержание. Охотно идентифицируют себя со сказочными персонажами, обнаруживая тем самым свои первичные нравственные ориентации. Иногда путают намерения с действиями — то, что хотелось им сделать, кажется позже сделанным. Взрослые думают, что дети обманывают, лгут, но это не так. Дети не умеют еще лгать, они просто не в состоянии бывают понять, где выдумка и где правда.

Обогащаются и дифференцируются представления о внешнем мире. В нем ребенок чувствует себя хозяином положения, а окружающее

рассматривает как нечто вращающееся вокруг него. Все, что ребенок воспринимает, он видит через призму того, что ему известно о непосредственном окружении. Так, если в семье четверо человек, то семья становится как бы моделью любой другой группы.

Разглядывая, например, стаю птиц, малыш старается определить, где среди них папа, мама, брат и он сам, причем как тех, так и других членов семьи в птичьей стае нередко оказывается несколько. И в этом возрасте и много позже он считает людей похожими друг на друга и прежде всего на него самого.

В возрасте от 9 до 14 лет сознание обогащается социальным содержанием, отражая тем самым расширение сферы контактов с людьми. Здесь наблюдается последовательная смена коллективного сознания общественным, а затем социальным. В значительной степени это связано с преодолением доминировавшей ранее эгоцентрической позиции, большей открытостью для влияния других людей. Возросшая способность разделять точку зрения других людей, естественно, сопровождается повышением интереса к ним, усилением тяги к общению. Подростки в первую очередь тянутся друг к другу и образуют множество разного рода неформальных групп (рокеры, митьки, панки и т. д.). Взрослые люди им менее понятны, по отношению к ним и их ценностям наблюдается даже некоторое отчуждение. В группе подросток узнает о многих ранее малоизвестных ему аспектах жизни, а также о собственных раскрывающихся социальных качествах, определяющих характер межличностных отношений. Отношение к другим подросткам в значительной степени определяется не тем, каковы они сами по себе, а их принадлежностью к той или иной компании. Большой частью группы изолированы одна от другой, отношения между ними могут быть враждебными. Более заметными величинами в самооценке теперь становятся не внешние, а социальные и психологические свойства. Из социальных свойств на первый план выдвигаются такие, которые выявляются в отношениях партнерства, дружбы, соперничества, зависимости («не лезу в драку», «могу заступиться», «не люблю, когда мной командуют» и т. п.). В психологическом плане отчетливо различаются мыслительная и мотивационная категория. Подросток обычно очень дорожит мнением сверстников себе. Порою оно для него важнее, нежели мнение родителей, учителей и даже свое собственное, поэтому он может делать все от него зависящее, чтобы завоевать расположение своих товарищей. В этом возрасте он начинает размышлять о себе, следить за своими мыслями, поступками, так или иначе формировать и оценивать их с позиций норм и идеалов группы, к которой принадлежит. Сравнивая себя с другими, позже приходит к выводу о том, что его мысли и чувства уникальны, единственны в своем роде, но свой социальный облик рассматривает через призму стандартов группы. Здесь впервые появляется понимание того, что представляет собой характер. Во всяком случае, поведение других людей подросток склонен объяснять устойчивыми чертами характера. В то же самое время причины своих поступков он все еще выводит из внешних условий.

Главным приобретением сознания в данном возрасте является, таким образом, понимание того факта, что люди существуют не каждый сам по себе, но что все они связаны между собой и образуют социальные структуры разного типа, и что индивид представляет собой не просто единство физических и психологических свойств, а обладает определенными социально обусловленными качествами.

Формированию высшего, рефлексивного качества сознания, по крайней мере в общих его чертах, соответствует возраст от 14—16 до 18—20 лет. Именно в этот период складывается более или менее целостная и относительно завершенная система представлений о мире, о себе и своем месте в обществе, о своем предназначении в будущем. Рефлексивным это осознание называют потому, что оно обеспечивает самопознание и познание мира с позиций объективных ценностей, поднимая человека над ситуациями и вещами, а также своими желаниями и чувствами.

Изменения, происходящие в этот период во внутреннем мире настолько стремительны, что многие из них впоследствии не сохраняются в памяти. Взрослые лучше помнят о детских впечатлениях, нежели о том, что испытывали во время отрочества и юности. Можно, пожалуй, говорить о юношеской деперсонализации, как о нормальном, физиологическом явлении в том смысле, что многие переживания скользят как бы по периферии личности, воспринимаясь с оттенком отчуждения. И позже они кажутся несколько странными, оцениваются как блажь или чудачество, стоящими в отдалении от того, что ощущается имманентно присущим ядру личности. Некоторые психологи склонны рассматривать это отчуждение как форму психологической защиты, помогающей пережить юность более спокойно. Главные достижения этого возраста таковы:

- растущая интегрированность мыслей, чувств и действий, появление внутреннего согласия;
- укрепление уверенности в силе своего «Я», вера в способность контролировать свое поведение, мысли и чувства. С этим связана даже некоторая самоуверенность, оппозиционное отношение к навязываемым извне стандартам мышления, вызывающая и порой шокирующая окружающих смелость суждений;
- способность видеть не только настоящее, но также прошлое и будущее в их связи между собой, сравнивать то, что есть, с тем, что могло или должно быть. Отсюда вырастает протест против существующего, критицизм, бунтарский дух, максимализм взглядов и требований, непреклонность и радикализм принимаемых решений;
- формирование самооценки с учетом совокупности всех личностных качеств: физических, психологических, социальных. Внешность оказывает на самооценку заметное влияние особенно в юности, и если желаемое не совпадает с действительным, возможны и часто встречаются так называемые дисморфофобические реакции с



характерным для них преувеличением физического недостатка, подавленностью и стеснительностью. Для девушек наиболее важными для самооценки внешними

качествами являются лицо, талия, грудь, рот и зубы, а для юношей — рост, тип телосложения, бедра, рот и ширина плеч. Девушки чаще недовольны своей внешностью, и отклонения от того, что хотелось бы им иметь, они переживают более остро, чем юноши. И девушки и юноши в целом ориентированы на положительное восприятие скорее мезоморфного типа телосложения. К людям с эндоморфной телесной конституцией они чаще относятся отрицательно. Тем не менее оценка внутренних качеств преобладает над оценкой внешности. Состояние внутреннего мира привлекает большее внимание, поэтому самоанализ или рефлексия в этом возрасте обострены иногда до патологической степени. Много в себе кажется неожиданным, неизвестным, так что самосознание превращается в серию удивительных открытий. Это может способствовать употреблению наркотиков. Среди наркоманов бытует убеждение, что подлинное «Я» раскрывается только в опьянении. Весьма важное значение придается социальным качествам личности, так как идет выбор профессии, жизненного пути. Много зависит от того, будет ли этот выбор адекватным самым сильным сторонам личности. Видное место занимает в этом романтическом возрасте духовная проблематика, ценностная ориентация. Здесь впервые появляются Острые переживания смыслоутраты и, вероятно, с этим связан первый возрастной пик самоубийств;

— переход от конкретно-ситуационного понимания внешних явлений и самого себя на концептуальный, что в значительной мере связано с созреванием мыслительных структур. Это находит выражение в интересах к отвлеченным проблемам, к вопросам психологии, этики, философии, искусства. Увлеченность общими вопросами обогащает личность, позволяет отказаться от прежних узких групповых норм и ценностей, выйти на простор глубоких и свободных размышлений. При психических заболеваниях эта естественная потребность превращается в особый род одержимости, обозначаемый как симптом философической интоксикации. Юноши начинают понимать свою неповторимость, самобытность и потому иногда тяготеют к индивидуализму. Не скованные рутиной жизненного опыта, они на многое смотрят совсем иными глазами, лучше видят теневые стороны жизни и острее на это реагируют, отчего бывают склонны к депрессивным реакциям, легко сменяющимся, впрочем, состояниями воодушевления и повышенной активности.

В клинической практике пользуются представлениями о предметном сознании и самосознании. В соответствии с этим разграничиваются нарушения самосознания и расстройства предметного сознания.

## **5.2. Нарушения самосознания**

Проявляются жалобами больных на чувство измененности, утраты, отчуждения или потери единства собственной личности —

аутопсихическая деперсонализация, своего тела («телесного «Я») — соматопсихическая деперсонализация, а также переживанием нереальности и отчуждения окружающего мира — аллопсихическая деперсонализация или дереализация. Наблюдаются различные нарушения самосознания.

Психическая анестезия. Это ослабление и утрата актов самовосприятия. Характеризуется выпадением из сознания различных сторон образа собственного «Я». «Купюры» сознания могут касаться как телесного, так и внутреннего «Я», а кроме того, той части внешнего пространства, на которое распространяется чувство личной принадлежности. Кульминацией в развитии данного варианта патологии самосознания является утрата ощущения витальности, то есть убежденность в своей смерти, безжизненности. Одновременно с нарушениями самовосприятия нередко выявляются признаки депрессии. Последняя называется анестетической депрессией. Реже встречается анестетическая мания. Типичны обостренная рефлексия, болезненная реакция на ощущение измененности своего «Я». Представляется возможным разграничить ряд вариантов данной формы патологии самовосприятия. Следует лишь заметить, что они могут сочетаться друг с другом, и составлять разнообразные комбинации.

Телесная анестезия — выпадение актов восприятия собственного тела или отдельных его частей: «Не чувствую тела ниже пояса... Тела как будто нет совсем—остались одни глаза... Чувствую только голову, а тело — нет... Тело невесомое, почти не ощущаю его... Просыпаюсь с ощущением, что нет кисти руки, в страхе ищу ее... Тела нет, только сердце колотится...

Ощущение человека, который схватил свою отрубленную голову и бежит».

Утрата сознания актов восприятия и представлений о внешнем мире: «Ничего вокруг меня будто нет, я осталась совершенно одна... Все вдруг исчезло, кругом пустота, и в ней — я... Мир, кажется, удаляется, исчезает, а же остаюсь здесь...».

Утрата сознания собственной активности: «Чувствую себя роботом, автоматом... Делается все само по себе, без моего участия... Я не чувствую своих усилий, когда что-нибудь делаю, только констатирую, как действует мое тело... Я встаю, открываю холодильник, выпиваю молоко, но все это само делает мое тело, не я...».

Утрата сознания эмоций: «Нет никаких чувств, ни хороших, ни плохих... Стала бесчувственной, как чурка... Все вижу, понимаю, но в душе пустота, все замерло, будто там ничего нет... Я — живой труп, кажется, что давно умерла... Как деревяшка стала, хоть бы шелохнулось что внутри...».

Утрата сознания активности мышления: «Мыслей нет, совсем не думаю... Нет памяти, ничего не соображаю, голова пустая... Говорю и

не думаю, только слышу, что сказала... Скажу, а потом только доходит, что это я сказала... Вопросы слышу и тут же отвечаю, только языком, а голова не думает... Ничего не понимаю, отвечаю механически, вроде бы по привычке...».

Утрата восприятия внутренних ощущений: «Внутри пусто, будто полный весь... Я вроде трубы, ничего не ощущаю в себе... В груди ничего нет, все затихло, замерло там...».

Чувство неясности, потери сознания: «Будто не проснулся совсем, полусонный... Все время в какой-то полудреме... Хожу как во сне и себя во сне вижу... Кажется, вот-вот потеряю сознание... Чувствую, что сознание покидает меня... Нахожусь будто в обмороке: вижу, слышу, но нет реакций... Полуобморочное состояние...».

Утрата сознания индивидуальности: «Стал безликим, нет ничего своего... Потерял свое лицо, растворился, моего «Я» больше нет... Живу рефлексам, привычками — надо, вот и делаю, забыл, как бывает по-моему».

Утрата сознания «Я»: «Меня больше нет, мое Я исчезло... Меня нет вообще, больше не существует... Мое «Я» на нуле, на точке замерзания... Я теряю себя, как будто не осознаю себя... Исчезаю от себя, будто меня нет совсем. Проснусь и не знаю, кто я и где я... Не знаю, где мое «Я», не ощущаю себя... Меня нет, осталась оболочка, видимость. Я исчезаю из мира...». Один из пациентов на предложение полечиться ответила «Кого Вы собираетесь лечить? Меня ведь нет, надо вернуть вначале меня, а потом и лечить».

Дереализация — утрата сознания реальности окружающего и самого себя: «Окружающее будто бы снится, а не есть на самом деле... Все не настоящее, грезится... Я будто не жил, и прошлое приснилось... Не пойму, я есть на самом деле или мне это только кажется... Все стало таким призрачным, и вот-вот исчезнет... Все будто бы нарисованное, сотри — и ничего не будет. Покрыто все дымкой и колыхается, точно мираж... Кажется, что это не действительность, а ее тень... Все ненастоящее, это как бы мое ощущение...». Термин дереализация чаще используют для обозначения изменившегося восприятия внешнего мира, но этому можно возразить — точно таким же может быть и восприятие себя самого.

Утрата эмоционального резонанса — выпадение из сознания актов восприятия эмоционального отклика, сопровождающего взаимодействие с внешним миром. Вследствие этого возникает чувство разобщения с окружающим: «Мир там, в другом месте, а я — здесь... Я оказалась в стороне от других, вроде сбоку... Я как сторонний наблюдатель — жизнь сама по себе, а я — сам по себе... Меня нет в том мире, я отдельно от него... Нахожусь в каком-то ином мире, и вроде сверху смотрю на все... Жизнь идет мимо, и я не участвую в ней, будто стою на обочине... Я будто под прозрачным колпаком, изолирован от всех... Как будто в воде нахожусь и все вижу оттуда...».

Утрата сознания витальности — потеря ощущения жизненности: «Не могу понять, живой я или уже мертвый... Смотрю на свою руку, а она омертвелая... Гляжу мертвыми глазами... Я — труп, мертвец... Да, я говорю, двигаюсь, но я мертвый, умер, надо хоронить... Прихожу в себя после обморока и кажется, что воскресла из мертвых... Я давно мертвяк, разве не видно вам?.. Я покойник, мертвый, только говорю. Для других я живой, а так-то мертвый... Чувствую, как жизнь покидает меня... Я умирал и потом оживал три раза... Кажется еще немного, и я умру, я чувствую, как умираю... Нет ощущения тела, сна, голода, боли, жажды, чувств к родным. Пустота внутри и оттуда запах гнили. Думала, что не жива, труп... Умираю, лечу куда-то в яму..., и кажется слышу, как сверху земля сыплется, мне так хорошо, тихо...». Пациентка сообщает, что во сне «умерла», стала «пустой», так как «душа вылетела из тела». Почувствовала, что изо рта течет сукровица. В этот момент вспомнила о дочери, в страхе проснулась. Говорила после этого мужу, что она «мертва». В последующем вспоминала о пережитом не как о сновидении, а об «умирании во сне», стала панически бояться ночного сна. Некоторые пациенты думают, что мертвы не только они, но и окружающие: «И вы все такие же трупы, что и я». Это убеждение возникает, вероятно, вследствие транзитивизма — распространения собственных ощущений на окружающих людей.

**Отчуждение или деперсонализация.** Утрата чувства принадлежности к «Я» собственных психических актов. Прямо противоположным деперсонализации феноменом является персонализация — присвоение внешних впечатлений и включение их в структуру своего «Я». Оба указанных явления нередко сочетаются, правда, деперсонализация встречается (или выявляется?) значительно чаще.

Отчуждение может распространяться на различные аспекты собственного «Я»: внешние объекты, которые обычно воспринимаются принадлежащими личности, присвоенными; собственное тело, психические акты, а также более сложные личностные субъединицы. Примером аллопсихического отчуждения является переживание отстраненности, возникающее при восприятии родных людей, своей одежды, собственных вещей, квартиры и всего прочего, что стало близким человеку: «Знаю, что это моя мать, но кажется, будто она — посторонняя женщина... Смотрю на своих детей, а они как не мои, от других людей, чужие... Комната как-то странно изменилась — все стоит на месте, и тем не менее что-то не так, вроде она не моя, чужая... Вижу свою одежду, понимаю, что моя, но она кажется чьей-то, будто принадлежит другому человеку... Иду по своей улице, все тут знаю, но кажется незнакомым, такое чувство, будто попал в чужой город...». По типу аллопсихического отчуждения протекает фаза первичной реакции у узников фашистских концлагерей — «острая деперсонализация», по Коэну. Ее содержанием является чувство отдаленности от происходящего: «я не имею к этому отношения». Автор рассматривает такое отчуждение как форму психологической защиты «Эго», иначе осознание смертельной опасности, сильнейшая

из психологии фобий травма, неизбежно повлекла бы аффект ужаса. Острую деперсонализацию относят к реакциям аномальных переживаний. В. Франкл так не думает, считая аномальной ситуацию, а не реакцию на нее: «Есть вещи, перед которыми человек теряет разум — или же ему нечего терять». Во второй фазе адаптации, с характерной для нее апатией, также рассматриваемой в качестве механизма защиты психики, от узников «все отскакивало, как от брони», жизнь по ту сторону проволоки казалась людям «нереальной», было ощущение, будто «сам ты не из того мира», «выпал» из него — так мог бы видеть мир покойник, вернувшийся с того света: потусторонним, недоступным, недостижимым, призрачным. В третьей фазе освобождения также переживается отчуждение внешнего мира. Вначале все происходящее кажется похожим на чудесный сон, в него долго не верится. Бывший узник не может радоваться своему освобождению и новой жизни — он отвык, не в состоянии принять ее. Лишь лозже возвращается непосредственное ощущение жизни, и в то же время прошлое, концлагерь, начинает вспоминаться как кошмарный сон, как нечто далекое от действительности. Соматопсихическое отчуждение проявляется потерей принадлежности к «Я» своего собственного тела: «Тело как оболочка, футляр, вроде постороннего предмета... Смотрю на себя со стороны, будто рядом идет другой человек... Руки вроде не мои, постоянно мешают, взяла бы и отстегнула их... Тело какое-то чужое, будто от другого человека... Смотрю не своими глазами, а словно чужими... Смотрю на руки, тело и удивляюсь, почему они такие, зачем... Не знаю свой голос, будто говорит другой человек... Плохо чувствую боль, будто не моя она, не беспокоит меня... Болит словно не у меня, а где-то в стороне, далеко...». Аутопсихическое отчуждение касается собственных действий, побуждений, мыслей, чувств, воспоминаний. Обычно сопровождается ощущением непроизвольного их течения:

«Все происходит не со мной, а с кем-то посторонним; я должна повторять, что делаю все сама, что все это происходит со мной, иначе впадаю в какое-то беспамятство.... Беру стакан не своей рукой, будто приказываю ей.... Мысли не мои, идут сами по себе, как со стороны... Вселяется чужое сознание и смотрит моими глазами... Все делаю механически, внутри совсем другой человек... Живу во сне, как с другим человеком все происходит... Вроде что-то толкает меня это делать, как голос... Это внутренний гипноз... Какая-то сила внутри меня, и она заставляет меня действовать... Я для себя исчез, все делается помимо воли, смотрю на себя со стороны. Никаких мыслей нет, удивляет, для чего я все это делаю — гипноз изнутри... Внутреннее колдовство, оно вошло в меня и действует оттуда... Чувства не мои, они вроде перешли от других людей... Смешно, смеюсь, но будто не я смеюсь... Воспоминания навязываются, откуда-то лезут сами» будто их вкладывает кто в голову... В зеркале вижу себя, но внутри не я...». Отчуждение собственной активности, на что указывают эти наблюдения, нередко воспринимается пациентами как ощущение внутреннего принуждения. Переживание насильственности нередко проецируется наружу, во внешний мир (это вообще свойственно феноменам отчуждения), и тогда

появляется чувство овладения или влияния извне. Не-редкий в клиническом семиотике симптом транзитивизма, то есть переноса на других людей своих переживаний, вероятно, также связан с отчуждением, проекцией. Так, пациент думает, что это не у него болит зуб, а у кого-то из посторонних. Или это не ему свойственна возбужденность, а присутствующим в это время другим людям. В психологическом плане речь идет о проекции — механизме, который нередко используется и здоровыми субъектами в целях психологической защиты. По механизмам проекции возникает, в частности, и феномен, известный под названием «изменение олицетворения» или «олицетворенное восприятие»: собственное душевное состояние проецируется во внешний план так, что пациент воспринимает окружающее «зловещим», «пугающим», «радостным», «безжизненно холодным» и т. п. Можно предположить также, что именно с феноменом отчуждения связано свойственное многим имеющим его пациентам переживание открытости, когда внутренний мир лишается своей интимности и он становится как бы доступным всеобщему обозрению.

Присвоение внешних впечатлений проявляется в том, что внешнее пространство и объекты, в нем находящиеся, воспринимаются пациентами как близкое себе, как часть своего внутреннего мира, как бы находящиеся в нем самом: «Все, что вижу, находится будто внутри меня... Мое «Я» увеличилось, стало огромным... Вижу человека метрах в ста и боюсь задеть его, такое впечатление, что мы может столкнуться с ним... Смотрю на Ангару, и она кажется частью моего «Я»... Посторонние люди кажутся знакомыми, к ним появляется чувство родственности, такое, что случайный человек воспринимается как мой близкий друг... Предметы движутся в моем направлении и влетают в меня... Говорю, но не наружу, а внутрь себя самого... Люди разговаривают, а голоса их слышу не около, а внутри себя, в голове... Разговаривающий проникает ко мне прямо в мозг... Трогаю себя, а такое чувство, будто задеваю что-то внутри...». Как показывают приведенные примеры, присвоение может быть адресовано не только психическому, но и телесному «Я».

Отчуждение, как и присвоение, могут распространяться не только на обычные и нормальные для данной личности психические акты, но также на те из них, которые возникли под влиянием болезни. К примеру, сенестопатии могут восприниматься как нечто оторванное от личности, чуждое ей, так, будто бы эти патологические ощущения принадлежали кому-то другому. Галлюцинации, порождение собственной психики, оцениваются как что-то постороннее, внешнее по отношению к обладающему ими пациенту. Абсурдные мысли, отчуждаемые или не свойственные ранее данной личности, могут восприниматься как ее собственные, ей принадлежащие. Импульсивные влечения противоестественного характера в тот момент, когда они овладевают пациентом, субъективно переживаются им как внутренне присущие его личности. Лишь позднее они будут расцениваться как непонятные, дикие и ненормальные явления. Все это похоже на то, как если бы в одном человеке существовала не одна, а несколько личностей, и то, что

одна из них считает «своим», другой кажется неприемлемым и чуждым. Из сказанного вытекает также предположение о том, что критическое отношение к заболеванию каким-то образом связано с определенным качеством самосознания и, по крайней мере, в части случаев (исключая прежде всего слабоумие, спутанность сознания) утрата критики к патологическим переживаниям имеет в своем основании явления присвоения и отчуждения. Встречаются пациенты, которые не только осознают факт болезни, но твердо убеждены в том, что если кто-то и здоров, то это, конечно, они; болезнь они могут усматривать при этом не у себя, но у других.

Явления отчуждения и присвоения, сочетаясь, объясняют психологическую природу некоторых парных патологических феноменов, встречающихся то порознь, то вместе у одного и того же больного.

Так, это состояния никогда не виденного, не слышанного (или воспринятого, если говорить короче), во время которых известное, знакомое, ставшее близким личности переживается как нечто новое, непривычное, чуждое. Иначе говоря, речь идет об аллопсихическом отчуждении. Иногда собственное тело ощущается незнакомым, как бы увиденным впервые — тот же феномен в переживании своего тела. С чувством новизны и незнакомости воспринимаются интрапсихические процессы — феномен «никогда не пережитое». В данном случае отчуждение распространяется на аутопсихическую сферу. Состояние «никогда не пережитое» может сопровождаться реакцией удивления, но нередко ему сопутствует чувство страха (удивление считают в психологии одной из форм страха. Отличие между ними в том, что при страхе внимание сосредоточено на переживании опасности, а в удивлении — на причинах нового явления). Обычно это страх сумасшествия. Появление подобных страхов указывает, следовательно, на факт или возможность острых деперсонализационных кризов с феноменологией отчуждения... Следует заметить, что страх сумасшествия имеет и другие причины. В некоторых случаях он сопровождает сенестопатии, особенно локализованные в области головы; бывает связан с явлениями ментизма, другими нарушениями, причем возникает одномоментно с ними, как бы первично, по типу протопатической эмоции. Страх сумасшествия может возникать и как реакция на осознание факта психических расстройств у тревожно-мнительных людей или на фоне тревожной депрессии.

Антиподом упомянутым являются состояния «уже виденного, услышанного, пережитого». Когда они затрагивают сферу внешних впечатлений, это соответствует, вероятно, переживанию присвоения в аллопсихической сфере. В телесном плане оно проявляется в том, что выполняемые в данный момент действия воспринимаются пациентом с ощущением их повторения, так, будто в прошлом он уже делал однажды то же самое. В интрапсихическом плане состояние «уже пережитого» может проявиться в отношении новых, неизведанных ранее внутренних состояний и опять-таки с

ощущением того, что они были когда-то знакомы и в данный момент только повторяются.

Вторым парным феноменом является криптомнезия в том ее проявлении, которое обозначают отчужденными и присвоенными воспоминаниями. В первом случае, как указывалось ранее (см. главу «Нарушения памяти»), воспоминания о реальных событиях прошлой жизни воспринимаются так, будто ничего из этого на самом деле не происходило и берет начало из прочитанного, услышанного или увиденного во сне. В другом случае напротив, частью представлений о себе становятся внешние впечатления: почерпнутое из рассказов, книг, даже фантастических кажется лично пережитым в действительности, а в сюжете кинофильма пациент усматривает случившееся с ним самим, хотя бы эти события были абсолютно невероятными. Чужая идея кажется своей собственной, а принадлежащая себе — у кого-то заимствованной.

Третий парный феномен мы назвали бы ролевым отчуждением и присвоением. Любой человек играет в жизни самые разные роли, никогда, однако, полностью не идентифицируя себя со своей социальной ролью или тем человеком, которому он подражает. Тем не менее ролевое перевоплощение меняет стиль поведения и психологические качества индивидуума. Так, Демосфен, страдавший тяжелым заиканием, произносил покоряющие слушателей речи безукоризненно чисто, но только если он голосом, жестами и дикцией подражал афинскому стратегу Периклу. Застенчивый человек в роли нерешительного может вести себя совсем иначе. Деперсонализация, касающаяся социальных аспектов деятельности, может выражаться в том, что пациент воспринимает свое ролевое поведение как совершенно чуждое его личности: «Меняю одну маску на другую. Я только играю ту или иную роль, что-то все время изображаю... Веду себя искусственно, наигранно, а не так свободно и непринужденно, как раньше... Не чувствую себя наедине, а на людях меняю одну маску другой... Стал какой-то фальшивый, постоянно чувствую, что все делаю не так...». Отчуждение при этом касается не только содержания ролевой игры, но часто затрагивает сферу невербальных коммуникаций: «неестественность мимики», «не такой голос, неестественные интонации», «деланные и лживые жесты», «не улыбка, а какая-то гримаса...». Нередко встречается обратное явление: роль, игра, намеренное изображение полностью присваиваются пациентом и при этом овладевают им до такой степени, что он не всегда бывает способен выйти из созданного им самим искусственного перевоплощения. Так, истеричный пациент, войдя в роль обиженного человека, начинает в конце концов считать себя обиженным на самом деле. Разыгрывание возмущения может закончиться совсем нешуточным гневом. Актерские перевоплощения в этом смысле близки истерическим состояниям сознания. Подобные вещи мы не раз наблюдали также у лиц, страдающих шизофренией. Так, пациент, вообразив себя в роли оратора, забывался до такой степени, что совершенно выключался из реальной ситуации, начинал громко и горячо произносить речь, сопровождая ее подобающей случаю жестикуляцией. Ролевое перевоплощение иногда наступает



под влиянием представлений о том, как окружающие оценивают пациента: «Мне сказали, что я падшая женщина. Теперь я вынуждена играть эту роль, кокетничать, делать мужчинам намеки, хотя все это мне ненавистно». В детской психопатологии описаны своеобразные расстройства самосознания в виде игровых перевоплощений: представляя себя в роли животного, сказочного персонажа или литературного героя, ребенок «заигрывается» настолько, что долгое время не может переключиться на обычную свою роль даже побуждаемый к этому извне. При синдромах одичания (описаны в клинике «тюремных психозов») находящийся в состоянии истерического психоза пациент в течение длительного времени может пребывать в роли какого-нибудь животного или дикаря. Изображение дикого человека вообще считалось ранее наиболее частой формой симуляции помешательства. Синдром одичания наблюдается, как правило, в контексте других проявлений истерического психоза (пуэрилизма, ложного слабоумия и т. д.). Пациенты полностью забывают о своей цивилизованной роли, вытесняют ее (отчего данное расстройство называют иногда синдромом регресса психики), неосознанно входя в образ какого-нибудь иного существа. Продуктивная симптоматика истерического перевоплощения очень выразительна: пациенты рычат, лают, кусают прохожих за ноги, хрюкают, бывают неопрятны, едят из миски на полу и т. п. Синдром одичания после тяжелых психических потрясений возникает остро, а в иных случаях — постепенно, минуя ряд промежуточных стадий реактивного психоза. Бредовые перевоплощения в психологическом плане имеют если не идентичную, то во всяком случае сходную природу и основаны на присвоении (превращение в мессий, великих людей и т. д.).

— Наконец, с переживанием отчуждения и присвоения связан столь часто встречающийся феномен, как «раздвоение» или лучше сказать, «расщепление личности». Его психологическую основу составляет, по нашим наблюдениям, механизм отчуждения.

Существуют различные клинические формулы расщепления личности. Одна из них состоит в расколе личности на две сферы: соматопсихическую и аутопсихическую. Вероятно, данный тип расщепления затрагивает наиболее глубокий, чувственный уровень самосознания, на котором дифференцируются внешний и внутренний комплексы ощущений, а последний вскоре распадается на телесное и психическое. Пациенты описывают свои переживания следующим образом: «При засыпании возникает ощущение, будто тело остается внизу, а душа отделяется, поднимается вверх... Бывает состояние, точно душа смотрит на тело со стороны... Сознание отделилось от тела, отлетело, и я наблюдал себя со стороны... Испытывал чувство, когда душа покинула тело, вылетела наружу в виде темного комочка... Перед обмороком душа вылетает и падает в руки матери... Тело мое здесь, на Земле, а душа — на Марсе... Было ощущение, будто душа оставила тело, остановилась где-то у лампочки, и видела тело оттуда...». Душа покидает тело, и я могу приблизиться, чтобы посмотреть на него: оно кажется безжизненным, а глаза мертвыми... Моему «Я» нет места — оно бывает всюду. Если я думаю о себе, оно

во мне, когда смотрю на ручку, стол — оно там, в них. «Я» стало неопределенным, бесформенным... Мое сознание вселилось во сне в молодого человека, который летал с другом над землей... Личность не цельная: душа — одно, тело — другое, ум — третье. Они между собой постоянно спорят и не могут прийти к одному мнению — как быть... Закрою глаза и вижу ее, душу, сбоку, как мое лицо. Иногда душа выскакивает из меня и кричит: Надоело, я хочу на свободу. Слышу мой голос со стороны...» Тело большей частью воспринимается отчужденным, сторонним, лишь частично отождествляемым с «Я». В популярной мистической литературе об умирании в последние годы много пишут о смерти, связывая ее с отделением души и тела, что удивительным образом согласуется с весьма архаичными представлениями на этот счет. Приводятся многочисленные свидетельства очевидцев, правда, однообразные, переживших состояние клинической смерти и будто бы подтверждающих факт странствий души в потустороннем мире. Вероятно, в таких свидетельствах есть немалая доля истины, особенно если иметь в виду возможность развития в премортальных состояниях расстройств самосознания, а позже — криптомнезии. Нарушению самовосприятия с характером присвоения на данном уровне функционирования сознания соответствуют болезненные состояния, во время которых внешние объекты пациенты воспринимают как часть своего внутреннего мира (например, тело «мое», а внутренний мир происходит от другого человека, о котором пациент читал).

Другой вариант клинической формулы расщепления личности характеризуется переживанием раздвоенности в одной из сфер самовосприятия: соматопсихической, аутопсихической или аллопсихической.

В соматопсихической сфере это ощущение разделения тела на отдельные части: «Тело разделилось по пояс, обе части воспринимаю раздельно... Чувствую, что лицо состоит из двух половин... Тело раздвоилось на левую и правую половины... Одно легкое дышит, а другое — нет... Иду, а мне кажется, что нижняя половина тела шагает рядом со мной... Левая половина тела принадлежит жене, а правая — зятю... Тело как склеенное из отдельных частей...».

В аутопсихической сфере расщепление выражается переживанием разделения личности на относительно простые автономные субъединицы, одна из которых идентифицируется с «Я», а другая воспринимается с характером отчужденности: «Делаю что-нибудь и одновременно смотрю на себя как со стороны... Иногда чувствуют себе свое и чужое сознание — в это время зрение сужается, смотрю как в бинокль... Один глаз смотрит в прошлое, а другой — в будущее... Одно «Я» постоянно обвиняет, а другое все время оправдывается... Одно «Я» внутреннее, а другое — внешнее. Слышу голос совести, как будто прокурор во мне... Одно «Я» грустное, а другое — веселое... Одна половина черная, а вторая светлая и добрая, я нахожусь между «да» и «нет», запутался... Одно «Я» пассивное, а другое — активное... Одно «Я» пьянеет и становится

веселым, а другое «Я», напротив, делается мрачным, но остается трезвым... Одно «Я» во мне молодое, а второе — старое... Одно «Я» послушное, примерное, а второе — грубое и дерзкое... Невозможно жить и хочется жить одновременно...».

В аллопсихической сфере расщепление переживается как разделение внешнего мира на две половины, враждебные одна другой. Масштабы поляризации могут быть разными, но на высоте расстройства весь мир кажется пациенту расколотым на два антагонистических лагеря, в котором не только Земля, но и другие планеты оказываются вовлеченными в противостояние, это нарушение называют манихейским бредом.

Третий вариант расщепления характеризуется главным образом тем, что разлом личности идет по линиям, разграничивающим сложные и в онтогенетическом плане более поздние функциональные структуры внутреннего мира.

Так, расщепление может проявляться переживанием «внутреннего двойника» — совершенно чуждого существа, ощущаемого пациентом где-то внутри себя и обладающего собственными побуждениями, мыслями, оценками, как правило, противоположными тем, которые сам пациент считает свойственными ему. Проекция подобных переживаний во внешний мир отражается в сознании пациента как факт существования такого же антипода в виде реального двойника или иным образом персонифицированной силы, действующей на пациента на расстоянии (гипнозом, внушением и т. п.).

Раздвоенность личности может переживаться не только в самовосприятии на данный момент, но также, а иногда и преимущественно в ретроспективной оценке всей своей жизни: «Жизнь тянется по двум абсолютно разным линиям, которые иногда сталкиваются, но нигде вместе не сливаются... Во мне, сколько помню, всегда уживалось два различных человека, они никогда не ладили друг с другом... Я никогда не мог знать, какой из двух живущих во мне людей возьмет верх...».

Раздвоение личности с нарушением непрерывности самосознания иногда происходит по типу кризов самовосприятия и связано с острым развитием маниакальных, маниакально-бредовых психотических эпизодов. Личность в болезненном состоянии преобразуется самым радикальным образом: появляются новые, несвойственные ей ранее интересы, направления деятельности, ценностные ориентации и представления о смысле и назначении жизни. До того скромный служащий или простой рабочий вдруг духовно перерождается: он стремится к просветительству, искусству, науке, религиозному подвижничеству и при этом ясно чувствует, что обрел, наконец, совершенно новое качество себя, открыл свое подлинное предназначение, стал тем, кем он и должен быть. Гиперреализация нового качества «Я» сопровождается ощущением разрыва самосознания: до-болезненный период жизни расценивается чуждым личности, далеким, туманным и призрачным, как некое

«ощепенение», «полудремотное существование», состояние «недочеловека», «спячка».

Утрата сознания непрерывности существования описана также в рамках синдрома альтернирующего сознания — своеобразного расстройства, в котором одно состояние личности перемежается с другим, и это совершенно разные личности, с несхожими интересами, характерами, взглядами и привычками, качественно иные формы интеграции внутренних, социальных и духовных свойств. При этом каждая из личностей хорошо помнит лишь о себе, и только иногда сохраняет, хотя и неполные, в значительной мере отчужденные, воспоминания о другой.

**Нарушение сознания единичности собственного «Я» и внешних объектов.** В сфере болезненных переживаний обычно оказываются объекты, которые близки личности, связаны с нею, ей не безразличны (родственники, знакомые люди, домашняя обстановка, больничная палата, лечащий врач и т. п.).

В соматопсихическом варианте данная форма нарушения самосознания проявляется чувством удвоения физического «Я» — своего тела. Как упоминалось, В. А. Гиляровский описал это явление как симптом двойника. Редко, но встречаются пациенты, утверждающие, что их стало три, четыре и больше, или весь мир населен их «двойниками», «копиями»: «Они — как я, во всем повторяют меня: я встаю и они встают, я делаю упражнение, и они тоже... Все люди на Земле — как мои тени, в точности дублируют меня...».

В аллопсихическом варианте расстройство самосознания переживается как удвоение непосредственно окружающих пациентов внешних объектов, чаще всего одушевленных: «Есть еще одна такая же клиника, точно такой же врач, брат, сын...» — феномен, известный как редуплицированная парамнезия Пика.

В аутопсихическом плане «удвоение сознания» выглядит, по сообщению пациентов, как одновременное существование двух личностей, причем обе они равным образом идентифицируются с «Я»: «Лежу в постели, веду счет, чтобы уснуть, но одновременно с тем чувствую, что иду по палате, сажусь на стул, читаю газету...». Понимаю, что нахожусь дома, делаю что-нибудь по хозяйству, но в то же время сознаю, что иду по траве, поднимаюсь в гору, чувствую что вокруг деревья...». Иногда это происходит во сне: «Вижу себя умершим, в гробу. И в то же время стою у гроба и плачу над покойником. А он меня утешает, говорит, что я живой и нечего плакать...». Один из пациентов в беседе с врачами сообщил, что аналогичную беседу он ведет еще в двух таких же точно кабинетах и с теми же врачами. При аутоскопических обманах восприятия также может быть ощущение удвоения: «кажется, я там и здесь».

**Регресс и задержка развития самосознания.** Под регрессом самосознания мы понимаем стойкий или временный возврат на

пройденный ранее этап или уровень самовосприятия. При этом имеется в виду прежде всего та сумма качеств, которая лежит в основе самооценки. Зрелым личностям свойственно опираться при этом на свои духовные и социальные качества. Снижение уровня личности, помимо всего, выражается изменением критериев, определяющих самооценку. Так, если отношение пациента к себе начинает определяться не духовными или социальными, как ранее, а лишь внешними, качествами (сложением тела, привлекательностью), то регресс самовосприятия представляется очевидным. Появление дисморфофобических явлений у взрослого пациента свидетельствует именно об этом — чувство неполноценности связано здесь с недовольством своими физическими данными, что в норме считается типичным для подросткового возраста. У многих пациентов можно отметить и такую особенность: снижение трудоспособности, перевод на инвалидность, то есть утрата социальных качеств не сопровождается появлением естественного, казалось бы, чувства неполноценности. В то же время пациенты без признаков регресса личности весьма остро реагируют на подобную ситуацию, испытывают угрызения совести, глубоко страдают, понимая свою несостоятельность.

Встречаются весьма грубые формы снижения самосознания. У дементных пациентов мы наблюдали регресс на уровень предметного сознания. Так, пациент с токсической энцефалопатией (тяжелое отравление угарным газом) говорит о себе следующим образом: «Он хочет курить». — «Кто это он?» — «Это он, Коля». При этом больной показывает на себя. Больной шизофренией вслух повторяет вопросы врача, адресуя их себе, и потом отвечает на них так, будто сообщает о мнении другого человека: «Нет, у него ничего не болит... Да, он устал, хочет спать... Сейчас он пойдет».

К проявлениям регресса самосознания, вероятно, следовало бы относить и так называемую дефектную деперсонализацию — сознание оскудения, недостаточности «Я», описанную на стадии стабилизации мало-прогредиентной шизофрении с преобладанием явлений деперсонализации: «Внутренне опустел, будто что потерял... Нет прежней энергии, чувств... Стал другой, чего-то не хватает...». Характеризуя обеднение «Я», пациенты чаще указывают на дефицит психологических качеств, но не социальных и тем более духовных. Это обстоятельство указывает, на наш взгляд, на очевидное снижение уровня личности и самовосприятия.

Задержка развития самосознания характеризует незрелую в том или ином отношении личность. В первую очередь это относится к самооценке. Формально последняя может быть завышенной или сниженной, но это бессодержательное определение ничего не говорит о тех критериях, на которых она базируется. Важно, как мы понимаем, иметь сведения именно об основаниях самооценки, отражающих уровень развития личности. Здоровой и зрелой личности свойственна адекватная, реалистическая и устойчивая самооценка, причем определяющим ее критерием является вклад человека в какое-нибудь полезное дело. Нормальный человек, каких

бы высот в социальной и духовной иерархии он ни занимал, понимает свою ограниченность и потому скромнен, он знает о своих недостатках, и не скрывает от себя, не истязая себя сознанием неполноценности; ему хорошо известны также свои сильные стороны, и он уважает себя, не принижая с этой целью других людей. Чувство собственного достоинства — вот, пожалуй, характеристика самооценки зрелой личности.

Оценка себя, главным образом, с социальных позиций характеризует известную степень незрелости личности. Перефразируя известное выражение, можно сказать: тут место красит человека. Высокое социальное положение определяет повышенную, а факт неудачной карьеры — низкую самооценку. Иначе говоря, отношение к себе целиком зависит от идеала социального «Я», во внимание не принимаются те ценности, в которых личность может достичь истинного самовыражений. Личные качества здесь также не имеют первостепенного значения, все в конечном счете решает поддержка или осуждение других, того круга людей, к которому принадлежит человек. В принципе это конформная личность, но в то же самое время она может быть непримиримой, ортодоксальной, если отличается ригидностью и не умеет ловко балансировать между интересами разных групп.

Эгоцентрическая личность, по определению, оценивает себя по личным своим качествам, как внутренним, так и внешним. Чувство неполноценности связано с какими-то физическими или психологическими дефектами, действительными или мнимыми, а самоуверенность — с представлениями об обладании такими личными свойствами, которые превосходят таковые других людей, пусть даже превосходство это только кажущееся.

Незрелой или невротической личности вообще свойственна неадекватная самооценка — повышенная или, напротив, сниженная. Не менее важно и то, что невротическая самооценка связана с притязаниями, которые не имеют реальных оснований в личности. Человек, например, хотел бы иметь привлекательную наружность, но лишен такой возможности. И он будет страдать от комплекса неполноценности, не будучи способным перейти в измерение других, более высоких ценностей. Для человека, основой самоуважения которого всегда служила, например, высокая половая активность, старение становится трагедией, так как эта активность с годами снижается, но заполнить образующийся вакуум самоуважения оказывается нечем.

Чувство неполноценности обычно компенсируется у незрелой личности не созидательной деятельностью, не утверждением объективных ценностей, а включением механизмов психологической защиты, искажающих восприятие реальности и себя с целью стабилизации иллюзорной, но тем не менее положительной или во всяком случае привычной самооценки. Вместе с тем невротическая личность нередко отличается неустойчивой, колеблющейся в

крайних своих проявлениях самооценкой, что зависит от обстоятельств, неудач и временных, пусть случайных, успехов.

Задержка и искажение развития самосознания может относиться не только к социальным, психологическим, но также биологическим качествам личности. Так, встречаются пациенты с нарушением сознания половой принадлежности: эффеминация — мужчина чувствует себя женщиной; вирагинизм — женщина чувствует себя мужчиной. Мы наблюдали пациента с умственной отсталостью, который при достаточно отчетливо развитых признаках мужского пола считал тем не менее себя женщиной;— он терпеливо ждал весну, в надежде на то, что наконец-то у него «отрастут груди». Нарушения половой идентификации являются, очевидно, выражением ранних расстройств самосознания. Последние встречаются у пациентов с текущими психическими заболеваниями, связаны с колебаниями настроения, расстройствами мышления, памяти и постоянными изменениями уровня функционирования личности. Так, у больных с прогрессирующим опустошением памяти наблюдается обеднение самовосприятия, нарушается сознание возраста. У маниакальных пациентов самооценка резко повышена, в то время как уровень ожиданий заметно снижается. У депрессивных больных, напротив, снижается самооценка, но уровень ожиданий значительно повышен — очень часто они хотят, требуют от себя невозможного. Самооценка больных шизофренией неустойчива, часто неадекватна, так как основана на весьма случайных и мало характеризующих их личность признаках.

Одним из клинических признаков, играющим существенную роль в оценке состояния самосознания, являются особенности самовосприятия больными актуальных или имевших место в прошлом психических нарушений. Имеются в виду степень ясности и полноты осознания болезни, в зависимости от которого формируется то или иное отношение к заболеванию и его последствиям.

Осознание факта болезни может быть выражено в разной степени.

Нозогнозия — наличие ясного сознания болезни (или критического отношения к заболеванию). Отчетливо осознается не только сам факт заболевания. Уверенно идентифицируется именно психическое расстройство, о проявлениях и течении которого больные приводят точные и достоверные сведения. В оценке характера и тяжести заболевания пациенты предпочитают опираться на объективные критерии или мнение лечащего врача. Четко разграничиваются болезненные и здоровые стороны личности. Как правило, нозогнозия наблюдается при нерезко выраженных нарушениях психической деятельности, проявляющихся астеническими, дисмнестическими, невротическими и неврозоподобными расстройствами. Встречаются случаи аутодиагностики душевного заболевания, в частности, шизофрении. Нозогнозия к расстройствам психического уровня появляется лишь по выходе из психоза. Как правило, это свидетельствует об окончании психоза либо о наступлении глубокой ремиссии.

Анозогнозия — полное отсутствие сознания как по отношению к болезни в целом, так и отдельным ее проявлениям. Наблюдается при значительных и глубоких поражениях психической деятельности (слабоумие, расстройства сознания, психотические состояния). Отсутствие сознания болезни при относительно неглубоких нарушениях психики, вероятно, указывает на преморбидную интеллектуальную дефицитарность или преимущественное поражение сферы самосознания. В части случаев анозогнозия может быть поставлена в связь с аутистической оторванностью от действительности, игнорированием объективных критериев самооценки. После того, как явления острого алкогольного галлюциноза у больных с реалистической ориентацией мышления исчезают, все пережитое в состоянии психоза расценивается как нечто невероятное, невозможное в действительности, и, следовательно, связанное с болезнью. Аналогичные расстройства у больного шизофренией длительное время либо вовсе не сопровождаются появлением критического отношения к психозу. Содержание психотических переживаний рассматривается при этом как отражение вполне возможных, реальных событий. Необычное субъективное состояние, коренное изменение содержания сферы самовосприятия не расцениваются в этом случае как проявление болезни, возможно, вследствие регресса сознания. Факт анозогнозии может быть обусловлен психологическими причинами. Так, формирование алкогольной анозогнозии связывают с механизмами вытеснения чувства вины — желанием успокоить себя, отключиться от неприятных, угнетающих мыслей и воспоминаний. Нередко пациент создает спасительную в плане самоуважения систему объяснений причин злоупотребления алкоголем, постепенно убеждая себя в том, что оно связано с объективными, не зависящими от его воли внешними обстоятельствами. В этом проявляется действие такого механизма психологической защиты, как рационализация. Вероятно, не только в этом состоит причина развития алкогольной анозогнозии. На это указывает тот факт, что больные не только не отождествляют себя с алкоголиками и обижаются, если за них это делают другие, но нередко обнаруживают непоколебимую уверенность в том, что опасность заболевания им вообще не угрожает. Такая позиция свидетельствует о глубокой перестройке системы личностных ценностей, в согласии с которой потребность в алкоголе становится доминирующим и смыслообразующим мотивом поведения. Все, что связано с алкоголем или способствует его употреблению, не вызывает отрицательных эмоциональных реакций или ассоциаций. Употребление алкоголя, с указанной точки зрения, не является и не может быть причиной негативных последствий, например, распада семьи, потери работы. Последствия пьянства связываются с другими причинами. Вероятно, здесь следовало бы говорить об отрицании реальности, как актуальной, так и будущей — другом варианте защиты, также указывающем на стойкую невротическую деформацию личности.

Формальная нозогнозия — констатация факта психического расстройства, основывающаяся на учете внешних обстоятельств, в



которых оказался больной в результате заболевания и той роли, какую он вынужден теперь играть: «Раз лечат, значит, болен... Болен, потому что нахожусь в больнице...». Сознание психологических аспектов болезни полностью отсутствует. Это видно из того, что больные не могут сообщить, какие конкретно нарушения психической деятельности они считают проявлениями заболевания. О наличии формальной критики к болезни свидетельствует также своеобразное отношение к отдельным ее симптомам, например, галлюцинациям: согласие с тем, что они не, отражают реальность, вместе с тем нежелание принять их как проявление расстройства: «Меня убедили в том, что голоса казались, и на самом деле не было ничего, о чем они говорили. Но это не болезнь». — «А что же?» — «Не знаю».

Амбивалентная нозогнозия — двойственное отношение к болезни, сосуществование нозогнозии и анозогнозии: «Болен, так как казались голоса, и, разумеется, надо лечиться, чтобы они прошли». Но вскоре пациент говорит: «В больницу поместили напрасно, мне тут делать нечего, голоса говорили на самом деле, и все что я слышал от них, — правда». Амбивалентное отношение к болезни может выражаться и в том, что одни психотические явления расцениваются как проявление патологии, другие — нет. Так, некоторые галлюцинации относятся на счет болезни, а другие принимаются за факты действительности. Или к бреду появляется критика, в отношении галлюцинаций она отсутствует и т. п. Частичная или неполная нозогнозия — факт болезни осознается с достаточной определенностью и уверенно отграничивается от нормального самочувствия, однако далеко не все проявления заболевания принимаются при этом во внимание. К числу патологических явлений больные причисляют обычно нарушения витального уровня: расстройства сна, аппетита, вегетативной регуляции, снижение активности, соматизированные явления или какой-нибудь один симптом, которому придается особенно большое значение. Одновременно с этим отклонения со стороны более высоких психических функций не получают адекватной оценки. Заболевание большей частью не считается психическим, его интерпретация остается — весьма неопределенной: «Нервы... Переутомление... Бессонница... Половая слабость...» и т. п.

Неустойчивая нозогнозия — в зависимости от настроения или конкретного самочувствия сознание болезни то появляется, то исчезает. Так, например, у больных — алкоголизмом нозогнозия может появляться в состоянии опьянения или абстиненции, если при этом возникают депрессивные сдвиги настроения, усиливающие критические тенденции мышления. Возвращение в эйфорическое состояние сопровождается потерей критического отношения к болезни, ее отрицанием, напоминая тем самым состояние альтернирующего сознания.

Гипернозогнозия — наличие критического отношения к болезни, сопровождающееся количественной переоценкой тяжести его проявлений.

Паранозогнозия — ясное осознание факта болезни, сопровождающееся доминированием стойких и неправильных представлений о природе заболевания.

В заключение этой главы хотелось бы подчеркнуть, что расстройства самосознания имеют не только частное, диагностическое значение и могут быть с этой целью описаны в виде более или менее удачно сгруппированной суммы симптомов. Значительно более важным представляется нам то обстоятельство, что они, как мы пытались показать, лежат в основе развития многих, если не большинства психопатологических феноменов. Расстройства самосознания, следовательно, — базисное явление, один из фундаментальных и постоянно действующих механизмов симптомообразования

## **ГЛАВА 6. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

Ипохондрия, как упоминалось, проявляется патологически преувеличенными опасениями за здоровье, поисками или уверенностью в наличии какого-либо заболевания при отсутствии объективных признаков последнего. Структура ипохондрического синдрома включает разнообразные нарушения.

**Ипохондрическая фиксация внимания.** Сосредоточенность внимания на патологических ощущениях, нарушениях функций организма, возможных причинах их возникновения. Наблюдается «соматизация психики» в виде доминирования различных болезненных ощущений в самовосприятии больных. Больные стремятся учесть и выявить любые, включая самые незначительные, отклонения от того, что, по их мнению, соответствует нормальному состоянию здоровья. Характерна абсолютизация представлений о здоровье — последнее рассматривается как некое идеальное состояние, предельное совершенство функций и строения тела, исключающее какие бы то ни было аномалии. Этот максимализм явно указывает на ювенилизм психики ипохондрических пациентов. При невротической ипохондрии направленность внимания на телесное «Я» носит произвольный, навязчивый характер. Пациенты пытаются отвлечь себя на что-нибудь другое, поменьше думать о самочувствии, хотя это не вполне им удается: «Мысли только о болезни. Гоню их, стараюсь думать о другом... Мир сузился, одна болезнь на уме...». С утяжелением ипохондрии поглощенность внимания соматической сферой становится как бы намеренной, присвоенной и отражает ставшие сознательными побуждения личности, сошедшей на иной, более низкий уровень мотивации. Ипохондрическое сужение сферы сознания иногда называют ипохондрическим аутизмом. Психическое «Я» также может стать объектом пристального внимания пациентов. Это определяется как патологическая рефлексия и обычно наблюдается при деперсонализации, страхе сумасшествия, особенно в подростковом и юношеском возрасте.

**Аффективные нарушения.** Тревога, страхи, панические реакции, связанные с общими расстройствами самочувствия, отдельными

проявлениями или идеями о природе предполагаемого заболевания. Ипохондрические эмоции, по сообщениям пациентов, носят локальный характер и будто бы не распространяются на другие объекты: «Плохое настроение потому, что болит. Если не болит — настроение нормальное». Эта соматизация эмоций, видимо, отражает преобладание ипохондрической установки и определяет содержание когнитивного компонента аффективных реакций. Могут возникать острые ипохондрические кризы со страхом смерти, растерянностью, ажитацией. Упомянутые аффективные нарушения чаще всего возникают на фоне меланхолической подавленности. В последнем случае к опасениям за свое здоровье присоединяется беспокойство за окружающих, в первую очередь, близких людей; страх заразить их, самообвинения за причиняемые им волнения; иногда больные с тревогой обнаруживают у них признаки своего заболевания, несмотря на принятые меры предосторожности. Наличие в структуре подавленного настроения подозрительности, параноидной настороженности может выражаться опасениями ответной мести окружающих за причиненный, якобы, по вине больных ущерб их здоровью.

**Ипохондрическая детализация мышления.** Жалобы значительной части пациентов тщательно разработаны, все обстоятельства заболевания сообщаются с чрезвычайным обилием подробностей. Нередко жалобы систематизированы в соответствии с имеющейся концепцией болезни, насыщены медицинской терминологией. Больные выделяют главные симптомы и побочные, группируют их, устанавливают между ними причинно-следственные отношения и объединяют порою в очень замысловатые структуры. Наблюдается тенденция к рассуждению со склонностью объяснять причины появления болезни или отдельных симптомов, которым придается наибольшее значение — ипохондрическое резонерство. Иногда выявляется такая особенность: чем выраженнее аффективный радикал ипохондрии (страхи, тревога), тем менее представлена склонность к интеллектуализации и наоборот. Структурированию ипохондрических построений может предшествовать поиск подходящей модели объяснения своего самочувствия. Читая, скажем, медицинскую литературу, пациент находит у себя проявления то одного, то другого заболевания, в страхе обнаруживая сходство с наиболее серьезными из них. То же делает, с замиранием сердца слушая рассказы о болезнях других людей. Идентификация своего состояния со сведениями о предполагаемой у себя болезни бывает столь полной, что пациент явственно испытывает те же болезненные ощущения: «болезни переходят на меня». В этом можно усмотреть действие механизмов присвоения, лежащих в основе некоторых форм патологии самосознания. С другой стороны, пациент может находить у других людей признаки своего заболевания, то есть проецировать свои представления о нем извне — ипохондрический транзитивизм.

**Сдвиг интересов.** Происходит в сторону активного изучения медицинской информации. Постепенно растет убежденность в собственной медицинской осведомленности. Появляется иногда

нескрываемое недоверие к врачам и обычным методам лечения, больные стремятся на прием к наиболее авторитетным, по их мнению, специалистам, добиваются новейших методов обследования и лечения. Склонность считать свое заболевание явлением в чем-то необычным или даже исключительным мы назвали бы ипохондрическим эгоцентризмом. Другое его проявление — рассматривать все происходящее вокруг через призму ипохондрических, представлений. Например, пациенту сообщают о совершенно посторонних вещах, но он и это сводит к теме болезни. Узнав о том, что сын пропускает уроки, пациент делает вывод: «Не думает об отце, ему наплевать, что я болею». Жена задержалась после работы и вот реакция: «Ей, видимо, все равно, живой я или нет». Кто-то имел шумный успех, а пациент думает: «С моим здоровьем я бы такое не выдержал». Некоторые больные сохраняют всю документацию, получаемую из лечебных учреждений, где они были, запросы, копии жалоб и ответы на них, вырезки из газет, журналов, создают собственный «архив» болезни. Ипохондрические пациенты нередко становятся регулярными подписчиками специальной литературы, верными читателями журнала «Здоровье», собирателями апокрифических изданий по лечению разных болезней, так что некоторые обзаводятся приличными домашними медицинскими библиотеками. На консультации, лечение у знаменитостей и модных целителей, приобретение литературы иногда тратятся значительные суммы из более чем скромного у многих пациентов семейного бюджета.

**Нарушения активности и поведения.** Отражают одностороннюю ориентацию деятельности в плане поддержания и восстановления здоровья. Поведение может быть различным, что отражает глубину и тяжесть ипохондрических расстройств: от частых обращений за медицинской помощью, в том числе экстренной, до разработки собственных систем самолечения или использования знахарских рекомендаций и методов парамедицины. Радикальным изменениям подвергается образ жизни: ограничиваются контакты, социальная активность, тщательно регламентируются питание, режим дня, сон и т. д. Больные могут это делать и с целью профилактики возможных расстройств — «ипохондрия здоровья». Если им удастся своими способами «вылечиться», они стремятся тиражировать эти методы и упорно домогаются общественного признания.

**Продуктивные психопатологические явления.** Включают разнообразные нарушения кознестезии (сенестезии, сенестопатии, другие расстройства элементарной чувствительности), обсессивно-фобические явления, реактивные и аутохтонные аффективные сдвиги, сверхценные идеи, сверхценный бред, бредовые идеи ипохондрического содержания, отравления, одержимости, воздействия, парафренный бред. С учетом характера продуктивных расстройств различают следующие клинические варианты ипохондрического синдрома.

Невротический (фобический, навязчивый) ипохондрический синдром. Наблюдается при неврозах. Определяет клиническую

картину ипохондрического невроза. Характеризуется постоянно беспокоящими больных мыслями, сомнениями, страхами, опасениями серьезного заболевания, иногда психического расстройства. Обсессивно-фобические явления имеют психогенное происхождение (с началом по типу реакции на болезнь) и поддаются психотерапевтической коррекции. Многие пациенты понимают, что их опасения не обоснованы, носят болезненный характер. Сходные нарушения могут возникать в структуре неврозоподобных состояний различного генеза.

Депрессивный ипохондрический синдром. Выявляется в депрессивных фазах циркулярного психоза. На фоне подавленного настроения возникают стойкие, с трудом или вовсе не поддающиеся коррекции пугающие представления о наличии какого-либо неизлечимого заболевания, по содержанию связанные с недомоганием, угнетением витального тонуса или мучительными алгиями в различных частях тела. Более характерно это для состояний тревожной депрессии у личностей эгоцентрического склада. Критическое отношение к заболеванию чаще бывает утрачено или оно поверхностно. Возможны суицидальные мысли и действия.

Сенестопатически-ипохондрический синдром. Навязчивые, сверхценные и бредоподобные образования ипохондрического содержания, ассоциированные с разнообразными и многочисленными сенестопатическими ощущениями. Чаще всего наблюдается в растянутом во времени добредовом периоде вяло текущего эндогенного заболевания. Может встречаться при органических заболеваниях центральной нервной системы различного генеза, последствиях черепно-мозговой травмы, сосудистых заболеваниях головного мозга, симптоматических психозах.

Бредовый ипохондрический синдром. Разграничивают паранойяльный, параноидный и парафренный варианты бредового ипохондрического синдрома. Паранойяльный ипохондрический синдром — систематизированный интерпретативный бред тяжелого заболевания, нередко существующий многие годы. Многолетнее персистирование сверхценных ипохондрических идей, нередко сочетающихся с сутяжно-паранойяльными тенденциями, наблюдается в рамках ипохондрического развития личности. Пациенты могут быть враждебно настроены по отношению к врачам и даже агрессивны. Параноидный ипохондрический бред формируется в структуре синдрома психического автоматизма и сочетается с бредовыми идеями физического воздействия, явлениями психического автоматизма, в первую очередь, сенестопатического. Парафренный ипохондрический синдром — ипохондрический бред фантастического содержания, — больным «меняют кости, высасывают мозг, сжигают внутренние органы», на них «действуют из космоса, с других планет». Выделяется также нигилистический ипохондрический синдром — больные убеждены,

что их внутренности сгнили, нарушены витальные физиологические функции.

В рамках невротической ипохондрии следует рассматривать ипохондрические реакции, наблюдающиеся у пациентов соматического профиля. Они могут протекать с преобладанием страха и тревоги, навязчивых явлений или сверхценных образований. Ипохондрические реакции возникают предпочтительно у личностей астенического, тревожно-мнительного и гипотимного склада. Наличие аффективной вязкости, ригидности, интеллектуальной недостаточности может быть причиной затягивания реакций. Нельзя не отметить ту важную роль в генезисе ипохондрических реакций, какую играет нарушение правил «психической асептики» со стороны врача (ятрогения), среднего медицинского персонала (сорроригения) — неосторожные высказывания, невнимательность, а порой грубая прямолинейность. Весьма способствует появлению ипохондрических реакций общение больных между собой (эгротогения).

Особую опасность в плане развития психогенной ипохондрии представляет деятельность всякого рода целителей от «народной» и оккультной медицины. Многие целители работают по такой схеме: вначале показывают пациенту, что у него столько разных болезней, что удивительно, как он дожил до этого дня, а затем исцеляют за несколько минут. Внушить человеку, что он болен, куда легче, чем устранить последствия психического шока или уверить в том, что опасности уже нет. Не стоит также забывать, что искусно культивируемая вера в целительство есть форма манипулирования сознанием, она неизбежно ведет к регрессу личности и поощрению пассивной роли пациента в лечебном процессе, что совершенно неприемлемо с позиции врача.

## **ГЛАВА 7. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ**

**Паранойяльный синдром.** Первичный систематизированный бред толкования различного содержания (ревности, изобретательства, преследования, реформаторства и др.), нередко существующий как моносимптом при полном отсутствии других продуктивных расстройств. Если же последние возникают, то бывают расположены на периферии паранойяльной структуры и сюжетно подчинены ей. Характерны паралогическая структура мышления («кривое мышление»), бредовая детализация. Способность к правильным суждениям и умозаключениям по вопросам, не затрагивающим бредовые убеждения, заметно не нарушается, что указывает на кататимные (то есть связанные с неосознаваемым комплексом аффективно окрашенных представлений, а не общим изменением настроения) механизмы бредообразования. Могут иметь место нарушения памяти в виде бредовых конфабуляций («галлюцинаций памяти»). Встречаются, кроме того, галлюцинации воображения, содержание которых связано с доминирующими переживаниями. По мере расширения бреда все более широкий круг явлений становится объектом патологических трактовок. Наблюдается также бредовая интерпретация прошлых событий. Паранойяльный синдром

возникает обычно на фоне несколько повышенного настроения (экспансивные бредовые идеи) или субдепрессии (сенситивные, ипохондрические бредовые идеи). Содержание бреда на отдаленных этапах развития может приобретать мегаломанический характер. В отличие от парафрении бред продолжает оставаться интерпретативным и по своим масштабам не выходит за рамки принципиально возможного в действительности («пророки, выдающиеся первооткрыватели, гениальные ученые и писатели, великие реформаторы» и т. д.). Различают хронический, существующий на протяжении ряда и даже десятков лет, и острый варианты паранойяльного синдрома. Хронический паранойяльный бред чаще всего наблюдается при относительно медленно развивающейся бредовой шизофрении. Бред в таких случаях обычно монотематичен. Не исключается возможность того, что существует самостоятельная форма болезни — паранойя. Острые, обычно менее систематизированные паранойяльные состояния встречаются в структуре приступов шубообразной шизофрении. Бредовая концепция при этом является разрыхленной, неустойчивой и может иметь несколько разных тем или центров кристаллизации ложных суждений.

Некоторые авторы считают оправданным разграничение паранойяльного и параноического синдромов (Завилянский с соавт., 1989). Параноическим называют хронический систематизированный сверхценный бред (с началом со сверхценных идей), возникающий под влиянием ключевой для пациента психотравмирующей ситуации. К развитию бреда располагают паранойяльные и epileptoidные особенности преморбидной личности конституционального, постпроцессуального либо органического генеза. Механизмы бредообразования связывают скорее с психологическими, нежели биологическими нарушениями — «психогенно-реактивное» бредообразование. Параноический синдром в такой интерпретации уместно рассматривать и в рамках патологического развития личности.

### **Параноидный или галлюцинаторно-параноидный синдром.**

Включает бредовые идеи персекуторного содержания, галлюцинации, псевдогаллюцинации и другие явления психического автоматизма, аффективные нарушения. Различают острые и хронические галлюцинаторно-параноидные синдромы.

Острый параноид — острый чувственный бред преследования (в виде бреда восприятия) конкретной направленности, сопровождающийся вербальными иллюзиями, галлюцинациями, страхом, тревогой, растерянностью, неправильным поведением, отражающим содержание бредовых идей. Наблюдается при шизофрении, интоксикационных, epileptических психозах. Острые параноидные состояния могут возникать также в особых ситуациях (длительные переезды, сопряженные с бессонницей, алкогольной интоксикацией, эмоциональным напряжением, соматогениями) — дорожные или ситуационные параноиды, описанные С. Г. Жислиным.

Острый галлюцинаторно-параноидный синдром — острый чувственный бред персекуторного содержания, возникающий на фоне страха, растерянности и сочетающийся с псевдогаллюцинациями, другими явлениями психического автоматизма. Чаще встречается в структуре приступов шубообразной шизофрении, при атипичных алкогольных психозах.

Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром (синонимы: синдром Кандинского-Клерамбо, другие эпонимы, синдром психического автоматизма, синдром вторжения, депоссионный синдром, ксенопатический синдром, синдром паразитизма, синдром влияния, синдром внешнего воздействия, синдром отчуждения, синдром овладения, полифрения, ядерный синдром) — различие в названиях отражает несходство во мнениях их авторов относительно того, какие нарушения следует считать определяющими структуру синдрома: психические автоматизмы, расстройства самосознания, переживание открытости или бредовые идеи физического и психического воздействия.

Психические автоматизмы — в своей завершенной форме представляют собой переживание насильственности, вторжения, сделанности собственных психических процессов, поведения, физиологических актов. Различают следующие виды психических автоматизмов.

Ассоциативный или идеаторный автоматизм — нарушения мыслительной деятельности, памяти, восприятия, аффективной сферы, протекающие с переживанием отчуждения и насильственности: наплывы мыслей, безостановочное течение мыслей, состояния блокады мыслительной деятельности, симптомы вкладывания, чтения мыслей, симптом разматывания воспоминаний, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, внезапные задержки воспоминаний, явления образного ментизма и др. К проявлениям идеаторного автоматизма относятся, кроме того, слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, а также целый ряд аффективных нарушений: «сделанное» настроение, «наведенный» страх гнев, экстаз, «вызванные» печаль или равнодушие и др. К данной группе автоматизмов примыкают «сделанные» сновидения. Включение слуховых вербальных и зрительных псевдогаллюцинаций в группу идеаторных автоматизмов обусловлено их тесной связью с процессами мышления — вербальных псевдогаллюцинаций со словесным, а зрительных — с образным формами мышления.

Сенестопатический или сенсорный автоматизм — разнообразные сенестопатические ощущения, появление которых больные связывают с воздействием внешних сил. Кроме того, сюда относятся обонятельные, вкусовые, тактильные и эндосоматические псевдогаллюцинации. К сенсорному автоматизму причисляются различные изменения аппетита, вкуса, обоняния, полового влечения и физиологических потребностей, а также нарушения сна, вегетативные расстройства (тахикардия, повышенная потливость, рвота, диар-рея и др.), «вызванные», по мнению пациентов, извне.



Кинестетический или моторный автоматизм — побуждения к деятельности, отдельные движения, действия, поступки, выразительные акты, гиперкинезы, возникающие с переживанием насильственности. Рецептивные процессы также могут протекать с явлениями сделанности: «Заставляют смотреть, слушать, нюхать, смотрят моими глазами...» и др.

Речедвигательный автоматизм — феномены насильственного говорения, письма, а также кинестетические, вербальные и графические галлюцинации.

Формирование психических автоматизмов совершается в определенной последовательности. На первом этапе развития идеаторного автоматизма появляются «странные, неожиданные, дикие, параллельные, пересекающиеся» мысли, чуждые по содержанию всему строю личности: «Я так никогда не думаю...». Одновременно могут возникать внезапные обрывы нужных мыслей. Отчуждение касается содержания мыслей, но не самого процесса мышления («мысли мои, только очень странные»). Затем утрачивается чувство собственной активности мышления: «Мысли наплывают, идут сами по себе, текут безостановочно...», либо возникают состояния блокады мыслительной деятельности. В дальнейшем отчуждение становится тотальным — чувства принадлежности мыслей собственной личности утрачивается полностью: «Мысли не мои, думает кто-то во мне, в голове мысли других людей...». Наконец, возникает чувство, будто мысли «Идут со стороны, внедряются в голову, вкладываются...». Возникают «телепатические» контакты с другими людьми, появляется способность непосредственно читать мысли других, мысленно общаться с окружающими. Одновременно с этим больные могут утверждать, что временами их лишают способности думать или «вытягивают мысли», «воруют».

Развитие вербальных псевдогаллюцинаций может происходить следующим образом. Вначале возникает феномен звучания собственных мыслей: «Мысли шелестят, звучат в голове». Затем в голове начинает слышаться собственный голос, повторяющий мысли. Это можно бы назвать галлюцинациями внутренней речи. Содержание высказываний постепенно расширяется (констатации, комментарии, советы, распоряжения и др.), при этом голос «двоится, умножается». Далее в голове слышатся «чужие голоса». Содержание их высказываний становится все более разнообразным, оторванным от реальности и личности больных. Иначе сказать, отчуждение процесса внутреннего говорения также нарастает в определенной последовательности. Наконец, возникает феномен «сделанных, наведенных голосов». Голоса говорят при этом на самые разные, часто отвлеченные от личных переживаний темы, порою сообщают нелепые и фантастические сведения: «Голоса за ушами говорят на местные темы, а в голове — на государственные». Степень отчуждения сказанного голосами может быть, следовательно, различной.

Динамика кинестетического автоматизма в целом соответствует вышеописанной. Вначале появляются несвойственные ранее порывы к действиям, импульсивные влечения, совершаются странные и неожиданные для самих больных действия и поступки. Субъективно они воспринимаются как принадлежащие собственной личности, хотя и необычные по содержанию. Могут быть короткие остановки действий. В последующем действия и поступки совершаются без чувства собственной активности, произвольно: «Делаю, не замечая это, а когда замечу — трудно остановиться». Возникают состояния блокады или «паралича» импульсов к действию. На следующем этапе деятельность протекает с отчетливым переживанием отчуждения собственной активности и насильственности: «Изнутри толкает что-то, подсказывает, не голос, а какая-то внутренняя сила...». Эпизоды перерыва действий также переживаются с оттенком насильственности. На завершающей стадии развития моторных автоматизмов появляется чувство сделанности двигательных актов извне: «Моим телом управляют... Моими руками кто-то распоряжается... Одна рука принадлежит жене, другая отчиму, ноги — мои... Моими глазами смотрит...». С ощущением внешнего воздействия протекают состояния блокады побуждений к действиям.

Аналогичной может быть последовательность развития рече-двигательных автоматизмов. Вначале срываются отдельные слова или фразы, чуждые направлению мыслей больного, абсурдные по содержанию. Часто забываются вдруг отдельные слова или нарушается формулирование мысли. Затем утрачивается чувство собственной активности, сопровождающее речь: «Язык говорит сам по себе, скажу, а потом доходит смысл сказанного... Иногда заговариваюсь...», Или на короткое время- «язык» останавливается, не слушается». Далее возникает чувство отчуждения и насильственности по отношению к собственной речи: «Как будто не я говорю, а что-то во мне. Языком пользуется мой двойник, и я не в состоянии остановить речь...». Эпизоды мутизма переживаются, как насильственные. Наконец, возникает чувство внешнего овладения речью: «Моим языком говорят посторонние... Моим языком читают лекции на международные темы, а я в это время совершенно ни о чем не думаю...». Состояния потери спонтанной речи также связываются с явлениями извне. Развитие рече-двигательных автоматизмов может начинаться с появления кинестетических вербальных галлюцинаций: возникает ощущение движения артикуляционного аппарата, соответствующее речи, и представления о произвольном мысленном произношении слов. В последующем внутренний монолог приобретает вербально-акустический оттенок, появляется легкое шевеление языка и губ. На завершающем этапе возникают истинные артикуляционные движения с действительным произнесением слов вслух.

Сенестопатический автоматизм развивается обычно сразу, минуя определенные промежуточные этапы. Лишь в отдельных случаях до его появления можно констатировать феномен отчуждения сенестопатических ощущений: «Страшные головные боли, и в то же время кажется, что это происходит не со мной, а с кем-то другим...».

В структуре психических автоматизмов Клерамбо различал два вида полярных феноменов: положительные и отрицательные. Содержанием первых является патологическая активность какой-либо функциональной системы, вторых — приостановка или блокада деятельности соответствующей системы. Положительными автоматизмами в сфере идеаторных расстройств являются насильственное течение мыслей, симптом вкладывания мыслей, симптом разматывания воспоминаний, сделанные эмоции, наведенные сновидения, вербальные и зрительные псевдогаллюцинации и т. д. Их антиподом, то есть отрицательными автоматизмами могут служить состояния закупорки мыслительной деятельности, симптом отнятия, вытягивания мыслей, внезапные выпадения памяти, эмоциональных реакций, отрицательные слуховые и зрительные галлюцинации, возникающие с чувством сделанности, насильственное лишение сновидений и т. п. В сфере сенестопатического автоматизма это будут соответственно сделанные ощущения и вызванная извне потеря чувствительности, в кинестетическом автоматизме — насильственные действия и состояния задержки двигательных реакций, отнятие способности принимать решения, блокада побуждений к деятельности. В речедвигательном автоматизме полярными феноменами будут насильственное говорение и внезапные задержки речи. По мнению Клерамбо, шизофрении более свойственны отрицательные феномены, особенно если заболевание начинается в молодом возрасте. В действительности положительные и отрицательные автоматизмы могут сочетаться. Так, насильственному говорению обычно сопутствует состояние блокады умственной деятельности: «Язык говорит, но я в это время ни о чем не думаю, нет никаких мыслей».

Расстройства самосознания, возникающие при синдроме психического автоматизма, выражаются явлениями отчуждения собственных психических процессов, переживанием насильственности их течения, раздвоенностью личности и сознанием внутреннего антагонистического двойника, а в дальнейшем чувства овладения внешними силами. Несмотря на очевидный, казалось бы, характер расстройства, у больных обычно отсутствует критическое отношение к заболеванию, что в свою очередь также может указывать на грубую патологию самосознания. Одновременно с нарастанием явлений отчуждения прогрессирует опустошение сферы личного «Я». Некоторые больные даже «забывают», что это такое. Психических актов, исходящих от имени своего «Я», не остается вовсе, отчуждение распространилось на все стороны «Я». Вместе с тем, благодаря присвоению, личность может «приобретать» новые способности и особенности, ранее ей не присущие. Иногда наблюдается феномен транзитивизма — не только пациент, но и другие (или в основном другие) являются объектом внешнего воздействия и разного рода насильственных манипуляций, собственные ощущения проецируются на окружающих.

Переживание открытости возникает с появлением разнообразных эхо-симптомов. Симптом эхо-мыслей — окружающие, по мнению больного, повторяют вслух то, о чем он только что думал.

Галлюцинаторное эхо — голоса повторяют, «дублируют» мысли больного. Симптом звучания собственных мыслей — мысли «шелестят, звучат в голове, их слышат окружающие».

Предвосхищающее эхо — голоса предвещают больному, о чем он услышит, что увидит, почувствует или сделает спустя некоторое время. Эхо действий — голоса констатируют поступки, намерения больного: «Меня фотографируют, протоколируют мои действия...».

Голоса могут повторять и комментировать побуждения и поведение, давать ему ту или иную оценку, что также сопровождается переживанием открытости: «Все про меня знают, ничего не остается при себе». Эхо письма — голоса повторяют; что больной пишет. Эхо чтения — голоса повторяют, о чем больной читает про себя. Эхо речи — голоса повторяют все сказанное больным кому-то вслух. Иногда голоса заставляют пациента повторить для них то, что он сообщил окружающим, или напротив, мысленно или вслух еще раз сказать о том, что он от кого-то услышал. Вышеупомянутые эхо-феномены могут иметь итеративный характер в виде многократного повторения. Так, у пациента (ему 11 лет) бывают эпизоды по два, три часа, когда сказанное другими людьми три, пять раз чужим голосом повторяется «в голове». Чаще повторяется одно какое-то слово. Во время повторений он хуже воспринимает происходящее, не может смотреть телевизор. Встречаются другие эхо-феномены. Так, речь окружающих может повторяться голосами со стороны или звучащими в голове. Голоса с внешней проекцией иногда дублируются внутренними. Переживание открытости может наблюдаться и при отсутствии эхо-симптомов, возникать самым непосредственным образом: «Чувствую, что мои мысли известны всем... Появилось ощущение, будто бог знает обо мне все — я перед ним, как раскрытая книга... Голоса молчат, значит подслушивают, что я думаю».

Бред физического и психического воздействия — убеждение в воздействии на тело, соматические и психические процессы различных внешних сил: гипноза, колдовства, лучей, биополей и т. п.

Помимо вышеописанных феноменов отчуждения при синдроме психического автоматизма могут возникать противоположные явления — феномены присвоения, составляющие активный или инвертированный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо. В этом случае больные выражают убеждение в том, что сами оказывают гипнотическое воздействие на окружающих, управляют их поведением, способны читать мысли других людей, последние превратились в орудие их власти, ведут себя как куклы, марионетки, петрушки и т. п. Сочетание феноменов отчуждения и присвоения В. И. Аккерман (1936) считал признаком, характерным для шизофрении.

Различают галлюцинаторный и бредовый варианты синдрома психического автоматизма. В первом из них преобладают разнообразные псевдогаллюцинации, что наблюдается преимущественно в течение острых галлюцинаторно-бредовых

состояний при шизофрении, во втором — бредовые явления, доминирующие при хронически текущей параноидной шизофрении. При хроническом шизофреническом бредообразовании интерпретативного типа на первый план со временем выходят ассоциативные автоматизмы. В структуре приступов шубообразной шизофрении могут преобладать сенестопатические автоматизмы. В люцидно-кататонических состояниях значительное место занимает кинестетические автоматизмы. Помимо шизофрении явления психического автоматизма могут возникать при экзогенно-органических, острых и хронических эпилептических психозах.

**Парафренный синдром.** Сочетание систематизированного или фрагментарного бреда преследования и воздействия, явлений психического автоматизма с образным мегаломаническим бредом грандиозного содержания, неправдоподобно нелепого и полностью оторванного от реальности (могущества, величия, богатства и др.), с экспансивным конфабулезом, бредовой деперсонализацией и зачастую несколько повышенным настроением. Парафренный бред может быть достаточно связным — систематизированная парафрения. Стройная, отточенная в деталях парафренная структура создается путем объединения последовательного ряда бредовых озарений и свидетельствует об известной интеллектуальной сохранности пациентов — признак, сближающий ее с паранойальным синдромом. По аналогии с паранойей предполагается существование самостоятельной болезненной формы — парафрении. Парафренный синдром может возникать на основе прихотливо изменчивого бреда воображения — фантастическая парафрения и фантастических конфабуляций — конфабуляторная парафрения, галлюцинаций мегаломанического содержания — галлюцинаторная парафрения. Различают галлюцинаторный и бредовый варианты парафренного синдрома. Преобладание галлюцинаторных расстройств над бредовыми вообще указывает на более глубокое расстройство психической деятельности, нежели обратное их соотношение. Помимо того, выделяют острый и хронический варианты парафренного синдрома. На высоте острой парафрении с манихейским, метаболическим бредом, бредом особого значения и интерметаморфозы, возникающей обычно на фоне выраженных аффективных нарушений, может развиваться онейроидное помрачение сознания. Парафренные состояния, появляющиеся на фоне маниакального настроения, обозначают экспансивной парафренией, а на фоне депрессии — депрессивной парафренией. Вариантом последней считается синдром Котара.

Систематизированная и экспансивная формы парафрении, как полагают, более свойственны шизофрении (отдаленные этапы течения параноидной шизофрении, аффективно-бредовые приступы шубообразной шизофрении), конфабуляторная и фантастическая парафрении — органическим процессам и позднего возраста психозам (сенильная парафрения).

Синдром Котара (меланхолическая парафрения). Фантастический бред нигилистического и ипохондрического содержания,

формирующийся на фоне тревожно-депрессивного состояния и ажитации («все погибло, все люди мертвы, погибла жизнь, цивилизация, планета, вся Вселенная...»). Нередко включает бредовые идеи бессмертия. Больные утверждают, что обречены на бесконечные скитания и вечные мучения — симптом Агасфера. Синдром Котара относится к проявлениям инволюционной меланхолии.

**Галлюцинаторные, синдромы.** Галлюциноз — состояние, характеризующееся преобладанием галлюцинаций при отсутствии формальных признаков помрачения сознания. Наиболее часто встречаются вербальные галлюцинации, реже — зрительные, тактильные и обонятельные. Обычно доминирует один какой-нибудь вид галлюцинаций, значительно более редки их комбинации. Различают острый и хронический варианты галлюцинаторного синдрома (любого из перечисленных ниже).

**Синдром острого вербального галлюциноза.** Проявляется многочисленными слуховыми, часто сценopodobными галлюцинациями, порой связанными до такой степени, что может возникнуть ошибочное впечатление о наличии зрительных обманов восприятия. Наблюдаются также галлюцинаторный бред (бред, растворившийся в содержании слуховых обманов, либо проявляющийся бредовой оценкой последних; например, голоса угрожают убить или оцениваются пациентом как «подстроенные», «специальный эксперимент»), страх, растерянность, нарушения поведения. Встречается при шизофрении, интоксикационных, инфекционных психозах.

**Синдром хронического вербального галлюциноза.** Нередко развивается вслед за острым. На самом деле обманы слуха часто оказываются смешанным феноменом, обладающим признаками истинных (яркая сенсориальность, внешняя проекция) и ложных (сделанность, интимная связь с психическим «Я», бред воздействия) галлюцинаций. Одновременно могут сосуществовать галлюцинации и псевдогаллюцинации. Пациенты «сживают» с галлюцинаторными персонажами, между ними складываются сложные отношения: конфликты, согласие, субординация, доверие. Чаще эти отношения носят антагонистический характер, причем пациент обычно оказывается в зависимом положении. Голосов бывает несколько. Так, у больной есть три голоса, они называют себя «А», «В» и «С». Голоса любят философствовать, спорить, поучать. Одно время они увлекались темой о любви, так что больной приходилось читать им книги только об этом. Они постоянно провоцируют больную совершать странные поступки. «Я-то знаю зачем — они дотят, чтобы меня считали ненормальной», — объясняет она сама. Настроение голосов меняется: то они враждебны, то доброжелательны, иногда печальны. Поведение хронически галлюцинирующих больных в целом более упорядочено, нежели при остром галлюцинозе. Чаще отношение к голосам бывает двойственным, возможно появление критического отношения к обманам восприятия. Голоса сами могут говорить, что они — проявление болезни, и что их надо лечить,

говорят даже чем,— например, «галоперидолом». Хронический вербальный галлюциноз встречается при галлюцинаторном варианте галлюцинаторно-параноидной шизофрении, хроническом алкогольном психозе, органических заболеваниях головного мозга.

**Зрительный галлюциноз.** Возникает при полной или значительной утрате зрения (галлюцинации Ш. Боннэ), поражениях ствола мозга, энцефалите Ван-Богарта, интоксикациях, в глубокой старости. Характерны оптические обманы в виде мелких (лилипутных) видений животных, птиц, людей, цветных и подвижных. Пациенты дистанцированы от них, но по ночам, с появлением спутанности сознания и возбуждения, критическое отношение может утрачиваться.

**Тактильный галлюциноз.** Характеризуется обильными осязательными галлюцинациями, галлюцинаторным бредом одержимости кожными паразитами (дерматозойный бред Экбома, наружная зоопатия). Альгогаллюциноз — непрерывно продолжающиеся фантомные боли, иррадиирующие в отсутствующую часть конечности. **Обонятельный галлюциноз Габека.** Постоянные обонятельные галлюцинации, нередко с проекцией на собственное тело или внутренние органы. При этом наблюдаются ипохондрический и нигилистический бред, а также сенситивные идеи отношения. При экстрапроекции обонятельных галлюцинаций присоединяются бредовые идеи отравления.

## **ГЛАВА 8. КАТАТОНИЧЕСКИЙ И ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ**

Различают состояния кататонического ступора и возбуждения.

**Кататонический ступор.** Обездвиженность, сопровождающаяся мутизмом и повышением мышечного тонуса. Выделяется несколько этапов развития кататонического ступора. Субступорозное состояние — обеднение двигательной инициативы, замедленность и уменьшение объема движений, оскудение мышления и речи. Кататоническая заторможенность, в отличие от нейрорептической, не отражается в сознании больных, не тяготит их и не фигурирует в жалобах на самочувствие. Ступор с восковидной гибкостью (каталепсия — болезнь Цельсия) — обездвиженность с застыванием в различных позах. Не реагируя на обращенную к ним речь, больные не оказывают сопротивления попыткам придать их телу то или иное положение. Приданная им поза может сохраняться в течение длительного времени. Оцепенение может наступить в любой момент, фиксируя пациента в самой неудобной позе или прерывая его речь и действие. Ступор с негативизмом — обездвиженность с мышечной гипертонией и невольным противодействием больных всяким попыткам извне изменить положение частей их тела. Ступор с

оцепенением — обездвиженность с застыванием в эмбриональной позе и резчайшим мышечным напряжением.

Кататонический мутизм обусловлен речевой аспонтанностью либо произвольным, безмотивным и психологически необъяснимым противодействием речевым побуждениям, амбивалентностью. Временами мутизм прерывается, бывает необъяснимо избирательным. Известны другие виды мутизма. Истерический мутизм, в отличие от кататонического, отражает реакцию на психотравмирующую ситуацию, имеет значение межличностного символа (к примеру: «Я потрясен так, что утратил дар речи»), в каком-то смысле выгоден пациенту. Истеричные больные весьма демонстративны в проявлениях мутизма, подчеркивают свое стремление к общению и отчаяние по поводу того, что им это не удается. У детей встречается аффектогенный мутизм, как результат эмоционального шока и временной регрессии речи. Мутизм может быть проявлением детской реакции пассивного протеста — ребенок умолкает, чтобы досадить взрослым. Наконец, мутизм наблюдается у боязливых детей в присутствии незнакомых взрослых, в новой ситуации, во время ответов перед всем классом в школе. У психотических пациентов мутизм может возникать под влиянием императивных обманов слуха, бреда — галлюцинаторный, бредовый мутизм. Встречаются случаи отказа от речи, связанные с переживанием открытости — пациент молчит, уверенный в том, что содержание его мыслей известно окружающим. Мы назвали бы этот феномен параноидным мутизмом.

**Кататоническое возбуждение** в отличие от аффективного, бредового, галлюцинаторного, маниакального, носит совершенно немотивированный и бессмысленный характер. При этом совершаются не связанные между собой, разрозненные автоматизированные действия, обращенные вовне, а также на себя (трудно, правда, сказать, сохранено ли у пациентов сознание самого себя или свое тело они воспринимают в это время как посторонний объект). Различают следующие виды кататонического возбуждения. Растеряннопатетическое — характеризуется гиперпродукцией реактивных действий и выразительных движений, разорванностью мышления, речи и растерянностью. Пациенты очень подвижны, громко и непонятно говорят, декламируют, выкрикивают приветствия, здравницы и призывы, свистят, бранятся, маршируют, танцуют и выполняют гимнастические упражнения, кричат, хохочут, совершают различные предметные действия и т. д. Гебефреническое — преобладает дурашливость, нелепые действия, немотивированная веселость. Импульсивное — поведение определяется немотивированными, внезапными действиями разрушительного и агрессивного характера. Немое — двигательное неистовство с агрессией и разрушительными действиями, направленными не только на окружающее, но и на себя.

Кататоническое возбуждение может сменяться ступорообразными явлениями и наоборот. В психическом статусе симптомы возбуждения обычно сочетаются с проявлениями ступора, что



считается характерным для кататонических расстройств, в отличие от кататоподобных состояний. Последние нередко сочетаются с гиперкинезами, сумеречным помрачением сознания, дистимическим или дисфорическим настроением. Не характерны вербигерации, дурашливость, нелепые и импульсивные действия, мутизм.

Упомянутые отличия кататонии от кататоподобных состояний не кажутся особенно убедительными, — речь, в сущности, идет об одном и том же классе клинических феноменов, если иметь в виду механизмы их формирования. Важнее, пожалуй, не формальный перечень симптомов, а их динамика, учет всего симптомокомплекса болезни и условий ее развития.

В структуре кататонического синдрома наблюдаются разнообразные психомоторные расстройства (негативизм, автоматическая подчиняемость, стереотипии, эхо-симптомы, двигательные итерации, паракинезии), а также ряд других симптомов.

Симптом Павлова — ступорозные больные с наступлением ночи начинают передвигаться, разговаривать, есть, а к утру вновь впадают в состояние обездвиженности. Отмечается и такой феномен: больные с мутизмом могут отвечать на вопросы, задаваемые шепотом, а не обычным по громкости голосом. Симптом лестницы — движения лишены плавности, пластичности, становятся прерывистыми, толчкообразными, неравномерными. Симптом лестницы может проявляться и в том, что пациент с явлениями восковидной гибкости опускает с посторонней помощью поднятую руку, но не сразу, а порциями, каждый раз ровно настолько, сколько длится помощь врача. Симптом воздушной подушки Дюпре — лежащие больные держат голову приподнятой, на весу, так, что она не касается при этом подушки; в положении сидя они могут держать руки в воздухе вместо того, чтобы положить их на колени. Симптом хоботка — непроизвольное вытягивание губ вперед в виде трубочки. Симптом Бумке — отсутствие реакции зрачков на болевые и эмоциональные раздражители (в норме зрачки расширяются). Симптом Бернштейна — если поднять одну руку больного, а затем другую, то первая рука тут же опускается. Симптом последнего слова Клейста — больной с мутизмом совершает попытку ответить на вопрос в тот момент, когда спрашивающий отворачивается или уходит. Симптом Сегла — больной не может ответить на вопрос, но по выражению лица и движениям губ видно, что он пытается это сделать. Симптом Вагнер-Яурега — при надавливании на глазные яблоки ступорозному пациенту с мутизмом, он может ответить на вопрос. Симптом Саарма — мутичный пациент может отвечать на вопросы, адресованные другому человеку. Симптом эхолексии или фотографического чтения вслух Осипова — пациент, читая вслух, наряду со словами называет также знаки препинания. Симптом капюшона Останкова — пациент отгораживается от всех при помощи одеяла (простыни и т. д.), надевая его на себя подобно капюшону. Симптом или поза бедуина — стереотипная поза кочевников пустыни, которую предпочитают некоторые кататонические пациенты.

Кататонические расстройства, возникая в дебюте заболевания (обычно эндогенного) определяются как первичная кататония. Она наблюдается, в частности, при «острой шизофрении» (Кербиков, 1949). Кататонические явления, присоединяющиеся на отдаленных этапах течения заболевания, обозначаются как вторичная кататония. Вторичная кататония отличается от первичной меньшей остротой и глубиной нарушений. Вероятно, её можно рассматривать в рамках регрессивных расстройств. Люцидная кататония возникает при отсутствии формальных признаков помрачения сознания. Онейроидная кататония сопровождается сновидным помрачением сознания. При остро начавшейся шизофрении кататонические симптомы сосуществуют со спутанностью сознания, близкой к аменции.

В клинической практике последних десятилетий значительно чаще наблюдаются субкататонические явления в виде нерезко выраженного негативизма (больной идет на беседу только по принуждению, не смотрит на собеседника, сидит полуотвернувшись, неохотно отвечает на вопросы — «Вы и так все знаете, в истории записано...»), отдельных гримас и странных действий, субступорозных состояний: гипомимии, гипокинезии, угловатости движений, аспонтанности в речи («мягкая или малая кататония»).

Кататонические нарушения наиболее часто встречаются при шизофрении. Они описаны также при инволюционных и эпилептических психозах. Механизмы развития кататонии связывают с нарушениями дофамин- и адренергических структур стриопаллидарной и ретикулярной систем (Короленко, Колпаков, 1977). Н. Kindt (1980) относит кататонию к «пограничным» между мозговой и психической патологией феноменам.

Помимо кататонических существуют, как упоминалось, кататопоподобные нарушения. Так, при опухолевом поражении полосатого тела и хвостатого ядра в клинической картине наблюдаются застывания в вычурных позах, угловатая жестикуляция, гримасничание, эхолалия, эхопраксия, автоматическая подчиняемость, насильственные явления (Вяземский, 1964). Аналогичные расстройства, двигательные итерации, реактивные движения и другие шизофреноподобные симптомы описаны при опухолях лобной локализации, зрительного бугра, полосатого тела (Шмарьян, 1949; Абашев-Константиновский, 1959). Кататонопоподобные явления описаны также при экзогенно-органических психозах, иногда встречаются при реактивных психозах, особенно у детей и подростков с резидуальной церебрально-органической недостаточностью.

При органических процессах наряду с кататонопоподобными встречаются и часто преобладают различные гиперкинезы:

— хореические гиперкинезы — клонические, носят размахистый, нерегулярный и разбросанный характер. Напоминают целевые действия: оскал зубов, наморщивание лба, поворот головы,

запрокидывание руки за голову и т. п. Усиливаются при волнении, во сне исчезают. Типична мышечная гипотония. Характеризуют поражение неостриатума;

— атетоз — непрерывные медленные, «червеобразные» судорожные движения пальцев рук и ног, лица, реже — туловища. Во сне исчезают, при волнении усиливаются. Связаны с поражением полосатого тела;

— тик — быстрые, молниеносные клонические, обычно координированные судороги, чаще в мышцах лица. Локализованы в ограниченной группе мышц, индивидуальной для каждого больного;

— гемибаллизм — напоминают размашистые движения, совершаемые при бросании. Сближаются с хореическими гиперкинезами;

— миоклония — короткие сокращения разных по объему групп мышц, чему соответствуют совершаемые в этот момент движения частей тела. Миоклонии могут захватывать все мышцы тела;

— тремор — дрожание разной амплитуды (крупное, мелкое) и различной частоты (быстрое, медленное) во всем теле или отдельных его частях. Интенционный тремор — возникающий либо усиливающийся при движении, действиях;

— тризм — тоническое сокращение жевательной мускулатуры;

— крампи — тонические судороги икроножных мышц и сгибателей пальцев;

— тетания — тонические судороги в мышцах ног и особенно сильные — в руках, кистях («рука акушера»);

— торсионный спазм — неравномерное распространение повышенного тонуса в мышцах туловища, шеи, вследствие чего пациенты принимают различные вынужденные позы.

**Гебефренический синдром.** Выделение гебефренического синдрома носит условный характер. О. В. Кербиков (1949) вычленил три осевых симптома гебефрении: непродуктивную эйфорию, безмотивные действия (феномен бездействия мысли, сходный по описанию с парагноменом) и гримасничество, манерность.

Гебефренический синдром характеризуется немотивированной, пустой веселостью, двигательным возбуждением с нелепыми и импульсивными действиями, а также различными проявлениями паракинезии (вычурные позы, утрированные жесты, гримасы, кривляние, коверкание слов, странные интонации), что обуславливает впечатление нарочитой дурашливости, паясничанья, клоунады. Может наблюдаться речевое возбуждение с шизофазией, разорванность мышления, отрывочные галлюцинации, бред. Нередко

возникают кататонические нарушения. Быстро прогрессирует эмоциональное опустошение, иссякает позитивная направленность побуждений, очень скоро наступают распад личности и слабоумие. Встречается, в основном, в рамках злокачественной шизофрении в подростковом возрасте. Развивается иногда на фоне спутанного сознания при периодических психозах резидуально-органического генеза у подростков. Не имеет четких отличий от гебефренического варианта кататонического возбуждения.

## **ГЛАВА 9. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ**

Общими для всех видов нарушения сознания являются, по К. Jaspers (1923), следующие признаки:

- отрешенность, расстройство непосредственного отражения реальных объектов и явлений в виде затруднения или исключения чувственного познания, его фрагментарности или искажения, связанного с обманами восприятия;
- нарушение рационального познания, то есть понимания связей и отношений между объектами и явлениями из-за обеднения, исключения или дезорганизации мышления, нарушения способности суждения;
- дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, а иногда в собственной личности. Ориентировка может вовсе отсутствовать или быть ложной;
- затруднение запоминания впечатлений о происходящих событиях и субъективных переживаниях, что проявляется по выходе из состояния нарушенного сознания конградной амнезией. Воспоминания могут быть неполными, непоследовательными, неотчетливыми, отчужденными, как о сновидениях. Некоторые впечатления, напротив, легко приходят на память и отличаются особой живостью — феномен Моли. Встречается также отставленная или ретардированная амнезия, наступающая спустя несколько минут или даже часов после окончания спутанности сознания.

Диагноз помраченного сознания может быть установлен при наличии всех четырех упомянутых признаков. Но это не значит, что нужно ждать прекращения острого психоза и подтверждения факта амнезии, чтобы удостовериться в нарушении сознания. Следует иметь также в виду, что неглубокие степени помрачения сознания могут не сопровождаться очевидными нарушениями ориентировки и способностей к конкретным суждениям, хотя бы позже все впечатления этого периода были утрачены. Ретроспективную оценку факта спутанности сознания иногда приходится давать по амнезии на период острого психического сознания, а также по содержанию сохранившихся воспоминаний, нередко весьма типичному для той или иной формы помрачения сознания. Между тем распознавание типа помрачения сознания удается отнюдь не всегда из-за смешанных, переходных или очень динамичных его картин. В таких

случаях констатируют спутанность сознания без указания ее формы. Разграничивают непродуктивные и продуктивные расстройства сознания.

Непродуктивные нарушения характеризуются снижением активности сознания и отсутствием продуктивной психопатологической симптоматики (бреда, обманов восприятия). Различают оглушение сознания, сопор и кому.

**Оглушение.** Характеризуется значительным повышением порога восприятия для внешних и внутренних впечатлений, замедлением и обеднением психической деятельности в направлении полного ее прекращения. Оглушение определяется в связи с этим как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее — внешним.

В состоянии оглушения только интенсивные раздражители вызывают ответную реакцию и могут привлечь внимание больных. Вопросы воспринимаются не сразу, неполно, значение сложных вопросов не понимается. Ответы односложны, неточны, обычно следуют после длительной паузы. Ориентировка неполная либо отсутствует. Отмечается повышенная сонливость, аспонтанность, акинезия, безучастность. Аффективные реакции крайне вялы. Фон настроения может быть эйфорическим. Мимика бедная, жестикуляция отсутствует, голос тихий, без модуляций. Понимание болезненности состояния отсутствует. Наблюдаются персеверации. Воспоминаний о впечатлениях и самом факте оглушения не сохраняется. Продуктивной психопатологической симптоматики, растерянности, страхов не наблюдается.

Обнубиляция — легкая степень оглушения. Больные производят впечатление слегка опьяневших, рассеянных, несобравших людей. Они бестолковы, не сразу улавливают смысл обращенной к ним речи, несколько запаздывают с восприятием происходящего, отвечают и действуют невпопад. Больные могут быть эйфоричными, суетливыми. Характерны колебания ясности сознания, короткие эпизоды включения в ситуацию. В состоянии обнубиляции пациенты могут оптимистически оценивать свое состояние даже при серьезных повреждениях. Например, после травмы больной не предъявляет жалоб, отказывается от медицинской помощи, пытается помочь другим пострадавшим в то время, как нависла угроза его собственной жизни.

Сомноленция — форма оглушения сознания. Характерна повышенная сонливость. Предоставленный себе, пациент тотчас погружается в глубокий сон. На короткое время путем энергичных мер его можно разбудить, вступить в контакт, после чего он вновь засыпает. Сомноленцию можно наблюдать после судорожных припадков на выходе из эпилептической комы. Пациенты после припадка некоторое время как бы глубоко спят и лишь потом приходят в себя. Разбудить их сложно да и не следует это делать — пробуждение

может быть неполным и иметь следствием двигательное возбуждение с агрессией.

Оглушение напоминает симптоматику психоорганического синдрома (торпидность, аспонтанность, слабость суждений, памяти), но таковым не является. Наблюдается по выходе из комы, но в свою очередь может переходить в сопор и кому.

Сопор. Сохраняются лишь элементарные проявления психической деятельности. В ответ на громкий оклик больной может, например, повернуть голову, ненадолго открыть глаза, на укол отреагировать гримасой боли, стоном, отдергиванием руки. Выявляются различные неврологические нарушения: снижение мышечного тонуса, ослабление сухожильных, периостальных, кожных рефлексов и др. Болевая чувствительность, зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные рефлексy не нарушены.

Кома. Полное угнетение психической деятельности. Выявляются мышечная атония, арефлексия, бульбарные расстройства, мидриаз с отсутствием реакции зрачков на свет, патологические рефлексy, тазовые расстройства и т. д. Состояния «мозговой смерти» при искусственном поддержании функций внутренних органов в реаниматологии называют превзойденной или запредельной комой.

Оглушение развивается вследствие гипоксии мозга, отека и набухания мозговой ткани, поражения нейронов токсическими продуктами, развития ацидоза при различных патологических состояниях (травмы черепа, интоксикации, сосудистые нарушения, опухоли, соматические заболевания и т. д.). К продуктивным расстройствам сознания относят делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменцию.

**Делирий.** Характеризуется следующими признаками: — различными нарушениями восприятия: иллюзиями, галлюцинациями, нарушениями сенсорного синтеза. Преобладают зрительные иллюзии (парейдолии) и галлюцинации (сценopodobные, зоологические, демономанические, палингностические, кинематографические, полиопические, макро- и микропические, видения нитей, проводов, паутины и т. п.). Нередко наблюдаются тактильные обманы восприятия (мнимое присутствие на коже, под нею паразитов, гадов, насекомых; ощущения укусов животных, ударов, уколов, порезов, разливающейся жидкости). Некоторые виды тактильных галлюцинаций могут указывать на природу делирия. При кокаиновом делирии, например, это могут быть мнимые ощущения кристаллов. Делирию при отравлении тетраэтилсвинцом свойственны галлюцинации с локализацией в полости рта — мнимое ощущение волоса, нитей. При инфекционном делирии возможны висцеральные галлюцинации. Делирий характеризуется:

— нарушением запоминания происходящего, иногда — конфабуляциями. Мышление фрагментарно, высказываются

нестойкие образные бредовые идеи наблюдаются ложные узнавания. Воспоминания о периоде нарушенного сознания неполны, бессвязны;

— ложной и постоянно меняющейся ориентировкой в месте, времени, окружающих лицах, ситуации. Ориентировка в собственной личности большей частью сохранена. Больные противопоставляют себя видениям, относятся к ним как к внешним по отношению к себе, не отождествляют себя с ними;

— аффективной лабильностью. Наблюдается быстрая смена проявлений страха, ужаса, удивления, любопытства, возмущения, отражающая содержание обманов восприятия. Преобладают отрицательные эмоциональные реакции. Последние могут быть окрашены своеобразным юмористическим отношением к воспринимаемым видениям, как это бывает при алкогольном делирии («юмор висельника»);

— двигательным возбуждением, повышенной говорливостью. Больные подвижны, суетливы, постоянно чем-то лихорадочно заняты, прячутся, убегают, нападают, защищаются и т. д. Иногда отмечается повышенная откликаемость на речь (например, больной может отвечать на вопросы, адресованные посторонним);

— колебаниями интенсивности делириозных явлений с усилением их вечером и ночью и ослаблением днем. Кратковременные прояснения сознания можно наблюдать во время беседы с больными.

В развитии делирия различают три стадии. В первой отмечается некоторое повышение настроения, ускорение течения ассоциаций, наплывы ярких образных воспоминаний, суетливость, явления гиперестезии, нарушения засыпания, тревожные сновидения, неустойчивость внимания, кратковременные эпизоды нарушения ориентировки во времени, обстановке, ситуации, аффективная лабильность. Во второй стадии возникают парейдолии, нарастает беспокойство, усиливается тревожность, пугливость, сновидения приобретают характер кошмаров. В утренние часы сон несколько улучшается. На высоте делирия, в третьей его стадии, наблюдаются галлюцинации, возбуждение, дезориентировка. Выход из делирия нередко критический, после длительного сна, с последующей астенией.

Вышеупомянутые признаки характеризуют клиническую картину типичного, наиболее часто встречающегося делирия. Возможны другие его варианты. Abortивный делирий — длительность его не превышает нескольких часов, наблюдаются галлюцинации без нарушения ориентировки. Гипнагогический делирий — галлюцинации возникают при засыпании, наяву их не наблюдается. Делирий без делирия — дезориентировка и суетливое возбуждение не сопровождаются обманами восприятия и бредом. Систематизированный делирий — наблюдаются сценopodobные зрительные галлюцинации, лишённые, в отличие от онейроида, мегаломанического содержания, масштабности. Глубина помрачения

сознания может быть незначительной, с сохранением частичной ориентировки в месте и времени. При тяжелом делирии преобладают явления оглушения сознания с последующей тотальной амнезией и неврологические, соматические и вегетативные нарушения.

Вариантами тяжелого делирия являются, в частности, мусситирующий (бормочущий) и профессиональный его виды. Первый характеризуется гиперкинетическим, ограниченными пределами постели, возбуждением, невнятным бормотанием и хватательными движениями — симптомом карфологии (схватываются находящиеся поблизости предметы, в более тяжелых случаях хватательные движения совершаются в воздухе). При профессиональном делирии двигательное возбуждение выражается автоматизированными профессиональными действиями. Реакция на окружающее и контакт с больными при тяжелом делирии отсутствуют.

Делириозное помрачение сознания наблюдается при интоксикационных, инфекционных, соматогенных, травматических психозах, органических заболеваниях головного мозга.

Онейроид. Сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Характеризуется следующими признаками:

— обилием полиморфной психопатологической симптоматики. Наблюдаются непроизвольное течение ярких представлений (грезы, образный ментизм), сценopodobные галлюцинации и псевдогаллюцинации, фантастические бредовые идеи, разнообразные нарушения сенсорного синтеза, аффективные нарушения, кататонические расстройства, явления деперсонализации и дереализации;

— связностью, последовательностью психопатологических переживаний, подчиненностью их единой фабуле, одной теме;

— романтически-фантастическим содержанием болезненных переживаний. По выходе из онейроида больные рассказывают об увлекательных путешествиях, полетах во Вселенной, посещении других планет, о древних цивилизациях, загробном мире, новых формах жизни и т. п. Это до такой степени может захватывать больных, что вернувшись в реальную жизнь, они сожалеют об этом и некоторое время испытывают желание вновь погрузиться в упоительные грезы;

— нарушением ориентировки в собственной личности. Больные чувствуют себя не свидетелями мнимых событий, а их непосредственными и активными участниками, ощущают себя перевоплотившимися в другие существа, умершими, изменившими человеческое качество. При делирии, согласно известному сравнению, пациента можно уподобить зрителю в партере, наблюдающему за происходящим на сцене. При онейроиде пациент уже не зритель, он сам становится актером, действующим лицом, так как во время психоза возникают разнообразные нарушения



самосознания, затрагивающие ауто-, алло-, соматопсихическую сферу. Собственное тело может восприниматься исчезнувшим, перешедшим в неопределенное состояние (облако, луч, плазму и др.). Душа «отделяется» и существует независимо от тела и т. д. Нарушается восприятие времени: перед мысленным взором проносятся века, эпохи, время может идти в любом направлении, застывает либо течет прерывисто. Страдает ориентировка в окружающем. Она может быть частичной, неполной (ориентированный онейроид), иллюзорно-фантастической (окружающее воспринимается в соответствии с содержанием грез), двойной (правильной и ложной одновременно). На высоте онейроида наблюдается полная отрешенность от окружающего, проекция фантастических картин во внешний мир исчезает (Тиганов, 1982);

— отсутствием связи между содержанием болезненных переживаний и особенностями внешнего поведения, характеризующегося явлениями кататонического ступора или возбуждения. Контакт с больными резко ограничен либо отсутствует. По тому, как ведет себя пациент в онейроиде, невозможно определить, каково в это время содержание его внутренней жизни. Лишь некоторые детали поведения позволяют догадываться об этом: зачарованный, устремленный в пространство взгляд, отдельные слова и фразы, символические действия, загадочная улыбка, выражение восхищения;

— воспоминания о субъективных явлениях во время онейроидного помрачения сознания могут быть относительно полными и связными. Значительно хуже воспроизводятся впечатления о происходящем в окружающей действительности.

Различают депрессивный и экспансивный варианты онейроидного помрачения сознания. В первом из них содержание сновидных грез созвучно господствующему депрессивному аффекту (сцены ада, мировых катаклизмов и т. д.), во втором — повышенному настроению (захватывающие космические путешествия, картины рая и т. п.).

В развитии онейроида, наблюдающегося в клинической структуре приступов рекуррентной шизофрении, выделяется несколько этапов (Пападопулос, 1967).

На стадии клинических предвестников онейроида динамика психических нарушений выглядит следующим образом.

Инициальный этап развития приступа выражается общесоматическими и аффективными расстройствами. Наблюдаются недомогание, головные боли, парестезии, обмороки, рвота, субфебрилитет и другие общие явления. Из аффективных расстройств отмечаются легкие депрессии, гипомании, смены гипомании и депрессии. При депрессии имеет место легкая тоскливость с раздражительностью, капризностью, обидчивостью, астения, сонливость, сверхценные образования, сенситивные идеи отношения, ипохондрические расстройства. При повышении

настроения обращают внимание чрезмерная активность с гиперсоциальностью, «отличное» самочувствие и другие нарушения. Гипоманиакальное состояние может носить характер продуктивной мании, однако по мере нарастания возбужденности деятельность больных превращается в цепь незавершенных начинаний.

На этапе бредового аффекта наблюдаются выраженные аффекты страха, тревоги, усиление растерянности, разнообразные аффективно-насыщенные бредовые идеи, бредовое поведение. Присоединяются явления деперсонализации (чувство измененности «Я», отчуждение собственных психических актов). Возникают эпизоды бредовой ориентировки в окружающем.

На этапе аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации на фоне депрессии с заторможенностью, возбужденной мании либо лабильного аффекта развиваются бредовые идеи инсценировки, особого значения, интерметаморфозы, положительного и отрицательного двойника. Характерна двойная ориентировка в ситуации: наряду с бредовой дезориентировкой сохраняется в целом правильное понимание окружающего.

На этапе фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации появляются фантастические бредовые (антагонистический бред, бред величия, высокого происхождения, бред Котара). Присоединяются кататонические расстройства. Сохраняется двойная, сменяющаяся временами бредовой, ориентировка в ситуации.

Последующие нарушения относятся к собственно онейроиду. В процессе его развития различаются три этапа.

Первый — этап иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации. Его характеризует иллюзорно-фантастическое восприятие действительности: окружающее воспринимается как часть сказочного сюжета, эпизод исторического события, сцена потустороннего мира и т. д. Возникает бред метаморфозы, чувство собственного перевоплощения в персонажи сказок, мифов, легенд. В мышлении преобладает символика: вместо каузальных связей и реальных отношений устанавливаются символические связи и магические взаимоотношения. Среди расстройств восприятия преобладают гиперестезия, кинематографические галлюцинации, отрицательные галлюцинации, псевдогаллюцинации. Выражены кататонические расстройства. Ориентировка носит бредовый характер.

Второй — этап истинного онейроида. Сознание больных заполнено грезами, они погружены в мир фантастических переживаний. Наблюдается полная отрешенность от окружающего. Перед «внутренним оком» разворачиваются красочные фантастически-романтические события (волшебные посвящения, апокалиптические сцены и пр.). Характерны грубые расстройства самосознания

(«дробление», «растворение», чудовищные метаморфозы «Я») Максимально выражены кататонические расстройства.

Третий — этап фрагментарного онейроида. Характеризуется распадом единой сюжетной линии онейроидных переживаний, их фрагментарностью, спутанностью внутри самих грезоподобных фантастических событий. Этот этап напоминает аментивное помрачение сознания и обычно амнезируется.

Онейроидное помрачение сознания наблюдается в структуре приступов периодической и шубообразной шизофрении, при эпилептических психозах (в виде пароксизмов, без описанной выше динамики), экзогенно-органических и интоксикационных психозах. Экзогенно-органические и интоксикационные онейроидные состояния большей частью непродолжительны, фрагментарны, редко достигают степени грезоподобного онейроида. Содержание переживаний носит банальный, обыденный упрощенный характер, пациенты в большей мере доступны контакту, не обнаруживают значительных кататонических расстройств. Онейроидные эпизоды нередко служат прелюдией к делириозному помрачению сознания, так что не всегда легко бывает решить, каково соотношение между тем и другим компонентом спутанности в структуре психоза.

**Сумеречное помрачение сознания.** Характеризуется следующими признаками:

- внезапное начало и окончание болезненного состояния;
- резкое сужение круга актуальных представлений, мыслей и побуждений, значительное ограничение доступа внешних впечатлений (вероятно, с этим связано происхождение самого термина: больные воспринимают лишь незначительную часть окружающего подобно тому, как с наступлением темноты видится лишь немного, находящееся вблизи);
- неистовое возбуждение больных, в котором совершаются чрезвычайно опасные поступки, бессмысленные разрушения. Может наблюдаться также внешне правильное и формально упорядоченное, как бы заранее спланированное поведение;
- глубокая дезориентировка с последующей полной амнезией. В ряде случаев сохраняются элементарная ориентировка в окружающем, правильное узнавание отдельных лиц, элементы самосознания — ориентированное сумеречное помрачение сознания.

Выделяют следующие виды сумеречного помрачения сознания. Бредовый вариант — преобладают бредовые идеи, имеет место бредовое поведение. Амнезия здесь бывает неполной — при расспросе больные сообщают отдельные подробности о возникших в период нарушения сознания бредовых переживаниях. Галлюцинаторный вариант — характеризуется доминированием устрашающих иллюзий, слуховых и зрительных галлюцинаций,

состоянием галлюцинаторного возбуждения, иногда частичной или отставленной амнезией. В детском возрасте по такому типу могут протекать некоторые виды ночных страхов. Дисфорический вариант — превалируют аффективные нарушения в виде злобы, ярости, страха при относительно негрубом помрачении сознания. Могут выявляться также дромоманические тенденции. Амбулаторный автоматизм — пароксизмы расстройства сознания с внешне упорядоченным поведением типа бесцельных и достаточно продолжительных блужданий (автоматизмов ходьбы) при отсутствии бреда, галлюцинаций, аффективных нарушений. Иногда провоцируются состоянием алкогольного опьянения. Припадки амбулаторного автоматизма могут быть, приурочены к периоду сна — сомнамбулизм (лунатизм). Близким сомнамбулизму является сноговорение — речевые автоматизмы во сне. В большинстве случаев снохождения и сноговорения имеют невротическую природу и связаны с диссоциированными нарушениями сна. В отличие от невротических эпилептических снохождений (имеются в виду собственно припадки; невротические формы сомнамбулизма могут наблюдаться и у пациентов с эпилепсией) характеризуются определенным (как и припадки) аутохтонным ритмом появления, развиваются в среднем много реже и обычно вне связи с впечатлениями минувшего дня. Разбудить эпилептического сомнамбула невозможно: настойчивые попытки сделать это могут способствовать развитию судорожного приступа. Пароксизмы лунатизма наблюдаются в строго определенное время ночи и воспроизводятся в стереотипной форме. Кстати заметить, практика народных лекарей давно использует наблюдения о различии эпилептических снохождений от невротических: лунатику на ночь перед дверью или у кровати стелили мокрую тряпку. Невротик, ступив на нее, обычно просыпается, в то время как эпилептический сомнамбул — нет. Наутро больные чувствуют себя разбитыми, как после обычного припадка и о факте снохождения, как правило, не помнят.

Встречаются психогенно обусловленные сумеречные состояния, характеризующиеся выключением из реальной обстановки и переносом в галлюцинаторную, замещающую травматичную для больных ситуацию. Окружающее воспринимается неполно, в соответствии с болезненными переживаниями. Поведение больных яркое, выразительное, может быть даже демонстративное. Возможна частичная амнезия, захватывающая большей частью внешние события. Могут быть психогенные эпизоды амбулаторного автоматизма, в частности, сомнамбулизма (пример из художественной литературы — леди Макбет). Истерическое сумеречное помрачение сознания наблюдается при реактивных психозах, а также малопрогредиентной шизофрении с истерическими диссоциативными проявлениями.

Сумеречные нарушения сознания встречаются при эпилепсии, опухолях головного мозга, патологическом опьянении, в остром периоде черепно-мозговой травмы,

при сосудистых, интоксикационных психозах.

**Пролонгированный абсанс.** Состояние, внешне напоминающее оглушение. Наблюдаются адинамия, апатия, малоподвижность, затрудненное восприятие и осмысление впечатлений, персеверации. Выполнение привычных действий не нарушено, и это придает данному состоянию сходство с амбулаторным автоматизмом. Могут совершаться неправильные поступки. Пролонгированный абсанс начинается и оканчивается внезапно, его длительность достигает нескольких суток. Наблюдаются короткие эпизоды прояснения сознания. На ЭЭГ выявляются изменения, типичные для абсанса (комплексы пик-волна с частотой 3 разряда в 1 секунду). По-видимому, более адекватным было бы название статус абсансов. В статусе сложных абсансов возникают различные нарушения: кататоноподобные эпизоды, напоминающие психомоторные припадки, сумеречные состояния, оглушение — все это делает клиническую диагностику без ЭЭГ-исследования весьма проблематично.

**Аменция.** Характеризуется следующими признаками:

- растерянностью с аффектом недоумения и явлениями гиперметаморфоза. Наблюдается также быстрая и беспорядочная смена внешних проявлений различных эмоций;
- инкогерентным мышлением, бессвязной речью, повышенной говорливостью;
- двигательным возбуждением, обычно ограниченным пределами постели, распадом сложных двигательных формул. Наблюдаются хореоформные гиперкинезы, кататонические нарушения, бессмысленное и нескоординированное метание — яктация, симптом карфологии;
- глубокой дезориентировкой в собственной личности и окружающем с последующей тотальной конград-ной амнезией;
- разрозненными галлюцинациями, несвязными бредовыми идеями, маниакальными и депрессивными аффектами, делириозными, онейроидными эпизодами, предшествующими наступлению собственно аментивной спутанности;
- астеническими явлениями по выходе из психотического состояния;
- тенденцией к затягиванию — длительность аменции может составлять недели и даже несколько месяцев. Аментивноподобные эпизоды, наблюдающиеся при острых психотических дебютах шизофрении, бывают обычно короче (часы, сутки).

Разграничивают классический (спутанный), кататонический (преимущественно ступорозный), маниакальный, депрессивный и

параноидный варианты аментивного помрачений сознания. (Meunpert, 1890; Краепелин, 1927; Корсаков, 1892; Сербский, 1892; Молохов, 1961 и др.). Отмечается, что классический вариант аменции встречается большей частью при токсикоинфекционных заболеваниях и гипертоксической форме шизофрении. Аменция описана при инфекционных, соматогенных, интоксикационных, сосудистых заболеваниях, при органических поражениях центральной нервной системы, реактивных психозах, шизофрении. В качестве самостоятельного синдрома выделяется не всеми авторами. К аменции примыкает выделяемое некоторыми авторами состояние астенической спутанности, в основе развития которого лежит крайняя степень нервно-психической истощаемости.

Анализ клинической структуры и динамики разных форм нарушений сознания позволяет предположить существование между ними важных различий, указывающих на глубину поражения интегративных механизмов психической деятельности. Так, можно видеть, что конградная амнезия последовательно утяжеляется по следующей цепочке нарушений сознания: онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция, оглушение. В таком же порядке происходит обеднение, оскудение субъективных переживаний, утяжеление расстройств поведения, все большая витализация нарушений (если сравнивать типичные формы упомянутых форм спутанности сознания). Указанная шкала расстройств сознания показывает также, какие возможны комбинации и переходы от одной формы к другой, и какой должна быть клиническая оценка соответствующих тенденций. Так, переход онейроида к делирию или аменции свидетельствует об утяжелении состояния. Сумеречное помрачение, наступающее после оглушения, говорит о динамике в обратном направлении. Появление профессионального и муссирующего делирия знаменует собой тенденцию к переходу в состояние сумеречного помрачения, а тяжелого делирия — к оглушению сознания. Конечным пунктом движения всех форм помрачения является оглушение сознания, а далее — сопор и кома.

## **ГЛАВА 10. ПРИПАДКИ**

Различают генерализованные, фокальные (парциальные, локальные) и неклассифицируемые припадки (классификация Международной лиги по борьбе с эпилепсией, 1981).

К генерализованным относят тонико-клонические, клонические, тонические, атонические, миоклонические припадки, а также абсансы, простые и сложные (по картине ЭЭГ типичные и атипичные). Клинически генерализованные припадки проявляются выключением сознания (облигатный признак), массивными вегетативными нарушениями, а в части случаев — двусторонними судорогами, тоническими, клоническими или миоклоническими. На ЭЭГ во время припадка выявляются двусторонние синхронные и симметричные эпилептические разряды.

Парциальными называются припадки, клиническая структура которых, а также картина ЭЭГ указывают на патологическую активацию изолированной группы нейронов в одном из полушарий головного мозга. Парциальные припадки могут перерасти в общие — вторично генерализованные припадки. В последнем случае парциальный разряд является аурой припадка. Клиническая картина парциальных припадков характеризуется симптоматикой раздражения (или выпадения) в какой-то одной функциональной системе: чувствительной, двигательной, вегетативной, психической. Возможно нарушение или выключение сознания, наступающее в различных фазах приступа — сложные парциальные припадки. Выключение сознания не является облигатным проявлением парциального припадка. Простые парциальные припадки не сопровождаются формальными нарушениями сознания.

Неклассифицируемые припадки не могут быть описаны на основе тех критериев, которые приняты для разграничения вышеупомянутых типов пароксизмальных состояний. Это, например, припадки новорожденных с жевательными движениями, ритмическими движениями глазных яблок, гемиконвульсивные припадки.

Припадки могут быть единичными, протекать в виде серий (временного их учащения, например, до шести, восьми раз в течение суток), возникать по типу эпилептических статусов (дебюты эпилепсии, особый тип ее течения, реакция на погрешности в терапии антиконвульсантами, на высокую температуру и соматические заболевания). Эпилептическим статусом называют состояния, в которых очередной припадок развивается на фоне выраженных расстройств, связанных с предыдущим. Частота припадков во время статуса от 3 до 20 в час (Карлов, 1990). В статусе генерализованных припадков больной не приходит в сознание.

Припадки наблюдаются при эпилепсии, в клинической структуре текущих органических заболеваний головного мозга — эпилептический синдром, а также как выражение неспецифической реакции организма на экстремальные воздействия — эпилептическая реакция (Болдырев, 1990). Эпилептический синдром («симптоматическая эпилепсия» некоторых авторов — Х. Г. Ходос, 1974) наблюдается при опухолях головного мозга, энцефалитах, абсцессах, аневризмах, гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе, хронических психических заболеваниях на отдаленных этапах их динамики, атрофических процессах, паразитарных заболеваниях головного мозга, метаболических нарушениях, хромосомных болезнях. Эпилептическая реакция возникает в ответ на действие разных факторов: гипогликемии, электротравмы (типичный пример — припадки при проведении электросудорожной терапии), интоксикации (токсин столбняка), приема медикаментов, в частности, коразола. Причиной эпилептической реакции может быть асфиксия. Мы встречали подростков, которые пытались вызывать эйфорические состояния путем легкой асфиксии, и это сопровождалось у некоторых из них припадками. Одной из наиболее частых форм эпилептической

реакции у детей являются фебрильные припадки (возникающая на фоне высокой температуры). Фебрильные припадки чаще наблюдают у детей (до пяти-, шестилетнего возраста отмечается физиологическое повышение судорожной готовности). Возникают при высокой, особенно «стреляющей» температурной реакции, обычно однократны, не имеют фокального компонента. У страдающих эпилепсией детей на фоне температуры припадки могут участиться (это бывает и у взрослых пациентов) или появиться впервые. На припадки эпилепсии указывают: их многократность, повторение при каждом подъеме температуры, появление при невысокой температуре (ниже  $38^{\circ}$ ), наличие фокального компонента, возраст старше трех, четырех лет. Эпилептические реакции особенно легко возникают при повышенной судорожной готовности. Их повторение может привести к формированию эпилепсии. Вызванными являются также припадки «рефлекторной» эпилепсии. Появление припадка связано с сенсорными раздражителями. Характер последнего отражается в названии приступов. Аудиогенные припадки провоцируются внезапными акустическими стимулами, фотогенные — оптическими. Припадки могут появляться под влиянием тактильных, проприоцептивных и висцеральных стимулов (прикосновение к телу, резкое движение, боль). Ритмически повторяющиеся раздражители также могут привести к припадку (мелькание вагонов встречного поезда, электрических опор, полос «зебры» на пешеходных участках дороги; изображений на телеэкране — «телевизионная эпилепсия»). Припадки провоцируются иногда вегетативными реакциями (эрекция, дефекация), сложными, но строго определенными действиями (так, припадки у больной возникают всякий раз, когда она подходит к раковине, включает кран, и когда вода начинает вытекать, теряет сознание). Иногда припадки бывают в связи с бурными эмоциями — аффект-эпилепсия. Вероятно, сходны с последними припадки, связанные с восприятием музыки — музыкогенная эпилепсия. Пациенты с рефлекторными припадками могут предупреждать, но иногда, напротив, сознательно вызывать их. Иногда встречаются пациенты, испытывающие непреодолимую тягу вызывать припадки. Это обусловлено аффективными нарушениями, аутоагрессивными тенденциями, либо представляет особую разновидность психомоторного припадка. Рефлекторные припадки чаще наблюдаются у больных эпилепсией.

Приведем описание некоторых эпилептических припадков, вначале генерализованных.

Тонико-клонические припадки. В первой, тонической фазе наблюдается внезапная потеря сознания, тоническое напряжение произвольной мускулатуры, падение, сопровождаемое громким криком. Отмечается остановка дыхания, нарастающая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сменяющаяся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Возможны прикусы языка, губ, щек. Фаза тонических судорог продолжается 30—60 секунд. Во второй фазе тонические судороги сменяются клоническими. Дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Изо



рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью. Возможна непроизвольная потеря мочи, кала, семени. Сознание глубоко помрачено. Вторая фаза длится до двух-трех минут. В третьей, фазе эпилептической комы, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлексy, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Кома постепенно сменяется сопором, затем следует глубокий, иногда продолжительный сон. После припадка часто выявляются послеприпадочные расстройства: признаки оглушенности сознания, дисфория, разбитость, головная боль, вялость, сонливость. Иногда бывают эпизоды сумеречного помрачения сознания. Воспоминаний о припадках не сохраняется. Перед припадком могут наблюдаться его предвестники (их не следует отождествлять с аурой). За несколько часов и даже суток до припадка возникают нарушения сна, вегетативной регуляции, общей чувствительности, аппетита, сексуальной потребности, настроения (субдепрессия, гипомания, дисфория). Депрессивные сдвиги настроения с тревогой, страхами бывают причиной мучительного ожидания, боязни припадка. Боятся пациенты также приступов, после которых остаются субъективно тягостные послеприпадочные нарушения — головные боли, депрессия, разбитость, ухудшения памяти, обеднение речи (олигофазия), послеприпадочные сумеречные эпизоды. Сочетание аффективных и тягостных предвестников с отсутствием послеприпадочных расстройств позволяет объяснить, почему некоторые пациенты ждут припадков как избавления, что именно делает припадки столь желанными. Перед первичными и вторично генерализованными припадками бывает учащение соответственно абсансов и фокальных пароксизмов.

Отдельные фазы тонико-клонического припадка могут выпадать. Такие припадки называются абортивными. К ним относятся тонические, клонические припадки и бессудорожные приступы эпилептической комы (атонические или синкопальные припадки). Последние могут ошибочно расцениваться как обморочные состояния. **Младенческий, детский спазм.** Синдром Уэста или Вест-синдром, инфантильный спазм, инфантильная миоклоническая энцефалопатия с гипсаритмией проявляется пропульсивными припадками: судорогами восточного приветствия, молниеносными вздрагиваниями и приступами в виде кивков и клевков. Судороги восточного приветствия (тик салаама) возникают сериями, обычно днем. Во время припадка тело медленно наклоняется вперед, голова опускается вниз, руки движутся в стороны и вперед. Молниеносные вздрагивания — наблюдается внезапное и резкое вздрагивание всего тела, голова при этом падает книзу, руки отводятся в стороны. Кивки и клевки — голова стремительно падает вниз и спустя несколько долей секунды возвращается в прежнее положение. Спазм часто сопровождается вскрикиванием, плачем, игрой вазомоторов, расширением зрачков, подрагиванием век, гримасами. У детей старше 10 месяцев могут возникать и ретропульсивные припадки (головка откидывается кзади, разгибается туловище). Припадки наблюдаются, в основном, в утренние часы. Детские спазмы возникают на фоне тяжелой энцефалопатии, прогностически неблагоприятны. В возрасте трех лет детский спазм замещается

припадками другого типа, выявляется нарастающая задержка интеллектуального и в целом личностного развития. Особенно удручающим бывает прогноз в случаях сочетания пропульсивных припадков с другими — клоническими, тонико-клоническими. На ЭЭГ на фоне депрессии основной активности выявляются высокоамплитудная асинхронная медленная активность, острые волны и множественные пики.

**Абсанс** (малый припадок). Проявляется кратковременным выключением сознания. Клинически различают простые и сложные абсансы.

Простой абсанс — короткая — до 20 секунд — утрата сознания. Может сопровождаться побледнением лица, легким подрагиванием век. В изолированном виде встречается только у детей. В детском возрасте абсансы могут возникать сериями — пикнолепсия или пикноэпилепсия, синдром Фридмана. Возможны статусы припадков. Наблюдается в возрасте от 4 до 10—11 лет. Во время припадков пикнолепсии иногда совершаются легкие движения по направлению назад — ретропульсивные припадки. Прогноз благоприятен. Не наблюдается задержки психического развития, хотя в части случаев по достижении пубертатного возраста припадки не исчезают, но трансформируются в другие. На ЭЭГ на фоне нормальной биоэлектрической активности появляются комплексы пик-волна, частотой 3 разряда в 1 секунду, как это свойственно простым (типичным) абсансам.

Сложный абсанс — короткая, при некоторых видах приступов до 1 минуты, утрата сознания, сопровождающаяся появлением других расстройств: гиперкинезов, изменений постурального тонуса, вегетативных нарушений, отдельных действий. В соответствии с этим различают много видов сложных абсансов. Коротко опишем некоторые из них. Миоклонический абсанс — выключение сознания сочетается со вздрагиваниями всего тела в ритме 3 разряда в 1 секунду или миоклоническими подергиваниями отдельных мышечных групп. Сознание иногда может не утрачиваться. Атонический абсанс (припадки стремительного падения) — утрата сознания сопровождается потерей мышечного тонуса всей скелетной мускулатуры или в отдельных мышечных группах. Падение постурального тонуса может быть постепенным (медленное оседание тела) либо толчкообразным в ритме 3 разряда в 1 секунду или около того. Такие припадки сопровождаются более длительным выключением сознания — до 1 минуты, ошибочно расцениваются как короткие обмороки. Акинетический абсанс — припадок с обездвиженностью, в результате чего также возможны падения. Гипертонический абсанс (абсанс с тоническими явлениями) — во время припадка наблюдаются повышение мышечного тонуса, ретропульсивные, вращательные движения, сгибания и разгибания конечностей и др. Абсанс с вегетативными нарушениями: упусканьем мочи, гиперсаливацией, побледнением или покраснением лица и др. Абсанс с кратковременными элементарными автоматизмами — совершаются отдельные простые

движения, продолжаются или завершаются начатые до припадка действия.

Тип нарушения сознания во время абсанса является, по-видимому, не установленным — сведений в литературе на этот счет нет, обычно указывается лишь факт выключения сознания. Клинические данные свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что нарушение сознания во время абсанса может быть неодинаковым и колеблется от легкого оглушения (обнубиляции) до сопора (например, абсансы с упусканьем мочи). В клиническом плане была бы, очевидно, оправданной систематика абсансов в зависимости от глубины выключения сознания.

Синдром Леннокса-Гасто (эпилепсия с атипичными абсансами, миоклонически-астатическая эпилепсия). Проявляется атоническими, тоническими припадками и приступами атипичных абсансов (триада припадков Леннокса-Гасто). Наблюдается в возрасте от двух до семи лет, в основе заболевания лежит энцефалопатия неясного генеза. Припадки (внезапные падения, застывания» абсансы с автоматизмами, миоклониями) возникают серийно, длятся от долей секунды до 2 секунд. Наблюдаются задержка психического развития, регрессивная симптоматика (утрата ранее приобретенных навыков), возможна деменция. ЭЭГ-картина неоднородна. После семи, восьми лет упомянутая триада припадков замещается генерализованными и сложными парциальными припадками. Рассматривается в рамках вторично генерализованной эпилепсии.

Пропульсивная эпилепсия Янца (миоклоническая эпилепсия подростков и юношей). Характеризуется массивными билатеральными миоклониями (преимущественно в мышцах рук и плечевого пояса), первично генерализованными тонико-клоническими припадками (иногда вторично генерализованными, следующими за миоклониями) и абсансами, в том числе сложными. Разграничивается с миоклонус-эпилепсией Унферрихта-Лундборга. Прогрессирующая семейная миоклонус-эпилепсия Унферрихта-Лундборга характеризуется последовательным усложнением клинической структуры: к ночным тонико-клоническим припадкам спустя ряд лет присоединяются миоклонии, затем изменяется личность (назойливость, взрывчатость, требовательность), а далее наступает ригидность мускулатуры и слабоумие. Миоклонии асимметричны, нерегулярны, исчезают во сне, усиливаются при волнении и сенсорной стимуляции, интенсивность их колеблется от одного дня к другому. На ЭЭГ на фоне отсутствия альфа-ритма регистрируются короткие пароксизмы острых, медленных волн, комплексов пик-волна, симметричные в обоих полушариях. Эпилепсия Янца наблюдается обычно в возрасте от 12 до 18 лет. Протекает благополучно. Отставания умственного развития не бывает, но задержка личностного развития возможна — инфантилизм. На ЭЭГ отмечаются комплексы спайк-волна 3 в 1 секунду (типичные абсансы), 1—2 в 1 секунду (атипичные абсансы), характерны полиспайки с частотой 4—6 в 1 секунду и последующими

медленными волнами. С возрастом миоклонические пароксизмы исчезают.

**Роландическая эпилепсия.** Проявляется фарингооральными припадками (глотание, жевание, облизывание, гиперсаливация в сочетании с парестезиями в горле и языке, чувством удушья), а также односторонними лицевыми припадками. Наблюдается в возрасте от 4 до 10 лет. Припадки редкие, возможна вторичная их генерализация, часто бывают во время сна. Прогноз благоприятен, развитие детей не нарушается. На ЭЭГ на фоне сохраненных основных ритмов отмечаются пики и высокоамплитудные острые волны центральнотемпоральной локализации. Относятся к фокальной эпилепсии.

**Синдром Ландау-Клеффнера.** Типичное начало расстройства в возрасте трех, семи лет. После периода нормального речевого развития происходит постепенная либо очень быстрая потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи. Некоторые дети становятся немыми, другие ограничиваются жаргоноподобными звуками, нарушаются плавность речи, артикуляция, просодические аспекты речи. Одновременно выявляются пароксизмальные отклонения на ЭЭГ (в височных и других отделах), эпилептические припадки. Появление припадков может опережать расстройства речи.

**Синдром Ретта.** Начинается в возрасте между 7 и 24 месяцами, описан у девочек. После периода нормального раннего развития следует частичная либо полная потеря мануальных навыков, замедление роста головы, утрата намеренных движений рук, стереотипии почерка, одышка. Социальное и игровое развитие задерживается в первые два, три года, хотя социальные интересы отчасти сохраняются. В среднем детстве присоединяются атаксия туловища, апраксия, кифо- или сколиоз, иногда хореиформный гиперкинез. Часто в раннем и среднем детстве наблюдаются эпилептические припадки, в итоге развивается тяжелая психическая инвалидизация.

**Болезнь Рилей-Дей.** Судорожный синдром сочетается с сухостью слизистых покровов, пароксизмами гипертермии, отсутствием на языке грибовидных сосочков. Встречается у пациентов еврейской национальности. Эпилептические очаги первично генерализованных припадков локализованы в стволовых отделах головного мозга.

**Парциальные или фокальные припадки.** Проявляются пароксизмами изолированных нарушений каких-либо функций — двигательных, чувствительных, вегетативных, психических. При этом может возникать оглушенность сознания или его спутанность, то есть идут сложные фокальные припадки. К парциальным относятся следующие виды припадков. Соматомоторные припадки Браве-Джексона — наблюдаются пароксизмы клонических судорог в мышцах конечностей и лица на одной половине тела. Клонические подергивания чаще возникают в орофациомануальной мускулатуре.

Судороги распространяются в разной последовательности. С переходом их на лицо возможна генерализация приступа в общий припадок. Адверсивные припадки — тоническая судорога с поворотом глаз, головы и туловища в сторону, противоположную локализации эпилептического очага. Как правило, сопровождается вторичной генерализацией приступа. Окулоклонические припадки, — клоническое отведение глазных яблок (эпилептический нистагм). Окулотонические припадки — тоническое отведение глазных яблок (эпилептическая судорога взора). Версионные припадки — вращение тела вокруг собственной оси. Соматосенсорные припадки — пароксизмы парестезий на половине лица и конечностях, противоположных латерализации эпилептического очага. Чаще генерализуются в общий припадок. Речевые- или фонаторные припадки — пароксизмы расстройств речи (произнесение отдельных слов, фраз, иногда осмысленных, итеративное их повторение, внезапная утрата речи) и фонации. Сенсорные припадки — пароксизмы элементарных или простых галлюцинаций (слуховых, зрительных, тактильных, обонятельных, вкусовых, вестибулярных) и сенестопатических ощущений. Большей частью наступает генерализация в общий припадок. Соматосенсорные джексоновские припадки — приступы парестезий на половине тела на стороне, противоположной локализации эпилептического очага (постцентральная извилина). Вегетативные припадки изолированных вегетативных расстройств (резчайших болей в эпигастрии, животе, области сердца — «абдоминальная эпилепсия»; «эпилептическая грудная жаба»; нарушений дыхания — «эпилептическая астма»; дизурических расстройств, вегетативно-сосудистых нарушений), наблюдающихся при локализации эпилептического очага в корковых отделах височной доли мозга (орбитоинсулотемпоральная область). Вегетативные припадки могут проявляться лишь расширением зрачков — «зрачковая эпилепсия». Абдоминальные и эпигастральные припадки чаще наблюдаются у детей в возрасте от трех до семи лет. Сопровождаются оглушением сознания, отчего воспоминания о них нечетки. От кортико-висцеральных вегетативных припадков отличают общевегетативные пароксизмы, сочетающиеся с оглушением сознания и тоническими судорогами — диэнцефальная эпилепсия. В современных классификациях она не упоминается.

Помимо вышеупомянутых наблюдаются фокальные припадки с разнообразными психопатологическими феноменами («психические эквиваленты», «пароксизмальные эпилептические психозы», «припадки психические эпилептические»). Эпилептический очаг обнаруживается при этом чаще всего в височных долях мозга — «височная эпилепсия». Эпилепсия, проявляющаяся изолированными психическими эквивалентами, обозначается также «ларвированной» или «маскированной» эпилепсией. Не очень ясен вопрос о различиях, существующих между психическими припадками и острыми психозами при эпилепсии — где пролегает граница, отделяющая их друг от друга, или, по крайней мере, какова длительность собственно припадка. Если принять, что цикл генерализованного припадка (предвестники — приступ — послеприпадные расстройства) продолжается до 6—7 суток, то

следует согласиться и с тем, что длительность психического пароксизма может колебаться в таких же пределах. Термин «психические эквиваленты» нами используются не в первоначальном его значении, а в условном смысле и скорее по привычке.

Наблюдаются различные клинические варианты психических эквивалентов: приступы помрачения сознания, психомоторные припадки, пароксизмы с аффективными, бредовыми, галлюцинаторными и идеаторными расстройствами, а также особые состояния сознания.

Приступы помрачения сознания проявляются сумеречными, онейроидными и делириозными пароксизмами. Сумеречные состояния (см. «Нарушения сознания»). Приступы эпилептического делирия развиваются и завершаются внезапно, сопровождаясь более обширной, чем обычно, амнезией. Приступы эпилептического онейроида также возникают внезапно, без смены отдельных этапов развития, установленной для шизофрении. Наблюдается экстатическое состояние, галлюцинации мистического содержания, ступор, отрешенность от действительности или ее иллюзорное восприятие, созвучное настроению.

Психомоторные припадки характеризуются бесцельно совершаемыми действиями, характер которых определяется глубиной нарушения сознания и непосредственным окружением, в котором больной находится в это время. В зависимости от степени сложности и вида выполняемых действий различают следующие разновидности психомоторных припадков.

Фуги — припадки стремительного бегства, вращения вокруг оси тела или бега по кругу (так называемые манежные действия), длящиеся в течение нескольких секунд.

Амбулаторные автоматизмы — приступы с автоматизмами хождения. Больные блуждают по городу, уходят в незнакомые места, а очнувшись, не помнят, где были и как здесь оказались.

Трансы — многодневные приступы, во время которых больные совершают далекие путешествия, используя при этом современные виды транспортных средств. Больные обращают на себя внимание окружающих может быть только повышенной сонливостью, неразговорчивостью, рассеянностью, как бы погруженностью в какие-то размышления, в целом же внешнее поведение остается упорядоченным. Похоже, что в трансах высвобождаются древние, по терминологии Юнга, архетипические комплексы кочевания.

Автоматизмы жестов — непродолжительные припадки, во время которых больные выполняют разрозненные и неправильные действия: потирают руки, переставляют с места на место мебель, вынимают содержимое из карманов или складывают туда все, что попадает под руку, раздеваются, выливают на себя воду, мочатся на виду у всех. Так, один из пациентов, патологоанатом по профессии,

во время припадков ломал инструменты, перерезал провода телефонов. Во время вскрытия трупа отделял кусочки тканей и поедал их. Открывал двери автомобиля и пытался выйти на полном ходу.

Речевые автоматизмы — произносятся фразы, монологи, ругательства, декламируются стихи. Припадки с речевыми автоматизмами сходны с речевыми парциальными припадками, разграничить их клинически едва ли возможно, как, впрочем и некоторые другие психомоторные и двигательные припадки.

Автоматизмы выразительных действий — во время припадка наблюдается бессмысленный, дикий хохот («припадки безумного смеха» Джексона), рыдания, вопли, пение, танцы, гримасничество, позы, выражающие радость, страх.

Сложные автоматизмы — припадки, во время которых выполняются сложные, кажущиеся осмысленными, целесообразными поступки. Имеются сообщения, согласно которым больные во время таких приступов способны выполнять сложную работу и даже творческую: создать художественное произведение, сдать ответственный экзамен, решить математическую задачу и др.

Наряду с вышеупомянутыми могут возникать пароксизмы аффективных нарушений: дисфории, маниакальные и депрессивные состояния. Дисфории — приступы тоскливо-злобного настроения на фоне ясного сознания. Мании и депрессии, также возникающие пароксизмально, напоминают циркулярные аффективные сдвиги. Для эпилептических маний более свойственна экстатически восторженная приподнятость, для депрессий — мрачный оттенок настроения и возможность появления импульсивных влечений.

Особые состояния сознания (сходные пароксизмы описываются под другими названиями: психосенсорные припадки, снопоподобные состояния, височные псевдоабсансы) отличаются от абсансов относительно медленным началом и окончанием, большей продолжительностью (минуты, десятки минут), наличием разнообразной психопатологической симптоматики. Наблюдаются явления аутометаморфопсии (макросомия, микросомия и др.), метаморфопсии (макропсия, микропсия, порропсия и др.), нарушения восприятия времени, дереализация, феномены «уже виденное, слышанное, пережитое» и «никогда не виденное, не слышанное, не пережитое», нарушения восприятия качества цвета, отдельные галлюцинации, фрагменты фантастического грезоподобного бреда, страх, тоска, растерянность, массивные вегетативные расстройства. Во время припадка и после него сохраняется понимание болезненности состояния. Воспоминания о субъективных переживаниях этого периода достаточно полны, о внешних событиях — отрывочны или отсутствуют. Возможна амнезия части (в начале, в середине, в конце) приступа, к которому приурочена оглушенность сознания. В этом случае припадок, по принятой в настоящее время терминологии, обозначается как

сложный парциальный припадок. Следует обратить внимание на то обстоятельство, что в своих сообщениях пациенты упоминают иногда только об «отключениях», что может создать ошибочное впечатление абсанса. Сложные парциальные припадки отличаются от абсанса структурной сложностью, длительностью (несколько минут, до 10 и более), а также отсутствием типичных разрядов на ЭЭГ — три комплекса пик-волна в 1 секунду.

Идеаторные припадки — приступы насильственного течения или остановки мыслей, воспоминаний. Амнестические припадки — отражают лимбические нарушения, проявляются короткими эпизодами выпадения памяти на прошлые события. Экмнестические припадки — галлюцинаторно четкие насильственные воспоминания реального прошлого.

Височные припадки могут протекать изолированно, однако возможна их вторичная генерализация в большой приступ, после которого психоз самокупируется. При высокой судорожной готовности наступает очень быстрая генерализация, психотический эпизод длится недолго и, как уже упоминалось, является аурой припадка.

Приведенный перечень, вероятно, не исчерпывает все многообразие психических припадков. Кроме того, он показывает, что сколько-нибудь удовлетворительной классификации не существует. Систематика психических припадков, по данным литературы, основывается на психологических критериях и большей частью проводится с позиции структуралистской психологии. Отсюда вытекает как терминология («когнитивные», «эмоциональные» припадки, припадки с нарушениями восприятия и др.), так и неизбежные при таком подходе трудности разграничения различных пароксизмов, статичность оценок. Современная психопатология в систематике психических расстройств использует синдромальный, то есть клинко-патогенетический подход. В отношении психических припадков он, похоже, не применялся. Вытекающая из него идея состоит в том, что психические припадки могут быть классифицированы в соответствии со шкалой тяжести продуктивных психических расстройств. Тем самым появляется возможность расположить припадки в зависимости от глубины поражения психической деятельности, установить между ними отношения иерархии; выявить быть может еще неучтенные типы пароксизмов, или даже предположить их существование; определить тяжесть и направление течения височной эпилепсии, эффективность лекарственной терапии, основываясь не только на количественных критериях (частота), но также на анализе клинической структуры пароксизмов; в случаях постепенного развертывания припадка оценить этапность и «марш» патологических состояний, сменяющихся во время приступа.

Парциальные припадки с психической патологией, если следовать синдромальному принципу, могут располагаться в такой последовательности (изложение ведется в порядке нарастания их тяжести):



1. Припадки с симптоматикой психосоматического уровня: нарушениями сна, влечений, общей чувствительности, активности, вегетативной регуляции. Это припадки с эпизодами сонливости, напоминающими нарколептические пароксизмы, приступы эпилептических сновидений, пароксизмы снохождения и сноговорения. Далее, это корковые вегетативные пароксизмы, припадки с разнообразными нарушениями общей чувствительности, в частности, сенестопатиями, влечений (булимия, усиление либидо).
2. Припадки с аффективной патологией — дисфории, маниоформные и депрессивные пароксизмы.
3. Припадки с симптоматикой невротического уровня: деперсонализацией и дереализацией, психической анестезией, навязчивыми, истерическими явлениями. Истерические припадки, вероятно, могут быть и собственно эпилептическими и в таком случае разграничивать их с припадками эпилепсии нецелесообразно. Другое дело, это их отличие от судорожных припадков. Истериформные пароксизмы у пациентов с эпилепсией от собственно истерических (невротических) припадков отличаются большей тяжестью: отсутствием фотореакции зрачков — симптом Редлиха, меньшей контактностью пациентов, снижением откликаемости на внешние воздействия. Труднее модифицировать и прервать припадок. Возможны прикусы щек, упускание мочи, легкие ушибы, припадки более стереотипны, длятся дольше и оставляют после себя меньше воспоминаний. Истериформные припадки могут сочетаться, кроме того, с тонико-клоническими или перерасти в последние. Классические дифференциально-диагностические таблицы признаков, отличающих истерические и эпилептические судорожные припадки, построены, похоже, на сравнении разных классов явлений, поэтому имеют скорее академическое значение. Что касается истериформных приступов у больных эпилепсией, то они известны давно и описаны под разными названиями (подкорковые, интермедиарные, истероэпилептические, тяжелые истерические припадки). Главная трудность дифференциальной диагностики состоит в том, что они феноменологически сходны с функциональными припадками.
4. Припадки с бредово-галлюцинаторной симптоматикой — бредовые, галлюцинаторные, параноидные, галлюцинаторно-параноидные, парафренные. Возможно, существуют эпилептические пароксизмы с кататонической симптоматикой.
5. Припадки с нарушениями (спутанностью) сознания: онейроидом, делирием, сумеречным помрачением сознания, двигательными, выразительными автоматизмами (фуги, трансы, амбулаторные автоматизмы).

Наряду с припадками, во время которых возникает продуктивная психопатологическая симптоматика, наблюдаются пароксизмы с негативной симптоматикой. Это, например, припадки с оглушением дознания (абсансы, сложные парциальные припадки), сопором и

комой (бессудорожные припадки), амнестические припадки, приступы по типу шперрунгов. Вероятно, этим не исчерпываются все варианты «негативных» эпилептических пароксизмов.

## **ГЛАВА 11. АМНЕСТИЧЕСКИЙ (КОРСАКОВСКИЙ) СИНДРОМ**

Амнестический (Корсаковский) синдром проявляется потерей памяти на текущие события (фиксационная амнезия) при относительно лучшем воспроизведении событий и навыков прошлого. Страдает репродукция, возможно и фиксация впечатлений. Наблюдается амнестическая дезориентировка во времени и окружающем. Нередки замещающие конфабуляции обыденного содержания. Могут возникать наплывы конфабуляции в виде эпизодов конфабуляторной спутанности. Формальные процессы мышления поражаются в несколько меньшей степени. Так, пациент, после еды тут же о ней забывает, однако способен еще сносно играть в шахматы (правда, если доска с фигурами находится перед глазами). Ходы в игре носят ситуационный характер — о том, какими они были задуманы несколько минут назад, больной не помнит. Пробел памяти не осознается, жалоб на это нет. Но заметно, что пациенты стараются замаскировать дефект памяти обтекаемыми ответами. Очевидно, что они все-таки чувствуют недостаток памяти, но быстро забывают об этом также, как о внешних впечатлениях. Выявляются повышенная истощаемость, вялость, адинамия. Фон настроения может быть апатическим, подавленным, эйфорическим. Время от времени возникают отдельные галлюцинации, нестойкие бредовые идеи, о которых тут же забывается. Дефект памяти со временем может сглаживаться, быть неизменным, но в случае прогрессирования болезни к фиксационной амнезии присоединяется амнезия ретроградная. Выделяют непродуктивный вариант Корсаковского синдрома — фиксационная амнезия с благодушным настроением, но без конфабуляции. Корсаковский синдром наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах, инфекционных заболеваниях, сосудистых процессах (нарушения васкуляризации в области гиппокампа, лимбических структур). В качестве самостоятельного выделяется не всеми.

## **ГЛАВА 12. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Психоорганический синдром характеризуется следующей триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бюэля). Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности, дисмнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно

оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям.

Эйфорическое либо повышено-дурашливое настроение (реже — субдепрессивное) сопровождаются аффективной лабильностью. Последняя может достигать степени недержания аффекта (аффективная инконтиненция). Настроение легко меняется по разным, внешне незначительным поводам, например, под влиянием тона беседы (аффективная индукция). Преобладают раздражительность, вспыльчивость, эксплозивность, гневливые реакции, аффективная вязкость. Падает общая активность. Снижается уровень и интенсивность побуждений к продуктивной деятельности, забываются прежние интересы, обедняется кругозор. Индивидуальные особенности характера в относительно легких случаях заостряются, остаются как бы без противовеса, и на первый план выступают психопатоподобные нарушения (характеропатический вариант психоорганического синдрома); при более тяжелой степени расстройств происходит стирание, нивелировка преморбидных особенностей личности (органическое снижение уровня личности) вплоть до полной их утраты и развития слабоумия — дементный вариант психоорганического синдрома. При болезни Пика, прогрессивном параличе тенденция к нивелировке личности преобладает с самого начала. Астенические явления в структуре психоорганического синдрома выражены в разной степени. Они слабо представлены либо отсутствуют при атрофических процессах второй половины жизни (Болезнь Пика, Альцгеймера, старческая деменция). При сосудистых, травматических процессах, некоторых эндокринных заболеваниях, напротив, часто находятся на первом плане. У больных с последствиями черепно-мозговой травмы, сосудистой формой нейролеуса могут доминировать раздражительность, эксплозивность, дисфорические реакции.

Пациенты-органики обычно плохо переносят жару, перепады атмосферного давления, часто жалуются на головные боли, давление в голове, головокружение, обнаруживают признаки вегетативной неустойчивости, нарушение сна, аппетита.

Психические нарушения сочетаются с разнообразными нередко весьма выраженными неврологическими расстройствами (парезы, параличи, выпадения чувствительности, гиперкинезы и др.). Страдают высшие корковые функции (афазии, апраксии, агнозии, акалькулия и т. п.). Тяжесть психических и неврологических нарушений не всегда совпадает.

Наблюдается также симптоматическая лабильность — готовность к экзогенным типам реакции под влиянием интеркуррентных заболеваний и различных интоксикаций, повышена чувствительность к психотропным средствам. Из психотических реакций наиболее часто наблюдаются делириозное и сумеречное помрачение сознания. Симптоматическая лабильность возрастает параллельно тяжести

психоорганического синдрома. Повышается склонность к психогенным реакциям, особенно депрессивным. В начальном периоде некоторых заболеваний (атрофические процессы) могут возникать эндоформные продуктивные психопатологические расстройства: маниакальные, депрессивные, бредовые, галлюцинозы (чаще вербальные, реже — тактильные и зрительные). Длительность их от нескольких дней до ряда лет. По мере прогрессирования психоорганического синдрома вероятность их проявления снижается, а клиническая картина возникшего ранее психоза редуцируется.

Различают диффузный и локальный (церебрально-очаговый) варианты психоорганического синдрома. При локальном варианте могут преобладать расстройства памяти (Корсаковский синдром), интеллекта (болезнь Пика, прогрессивный паралич, патология влечений и аффективные расстройства (опухоли определенной локализации), хотя о подобных частичных психических выпадениях можно говорить очень условно. При поражении конвекситальной лобной коры наблюдается «фронтальный синдром» — аспонтанность в мышлении, речи, поведении, достигающая степени акинезии. Повреждение медиальных отделов лобной коры сопровождается грубыми нарушениями высших форм внимания. Лобно-базальная локализация поражения обнаруживается картиной мории либо псевдопаралитического синдрома. При диэнцефальной локализации процесса наблюдается анергия, сонливость, депрессия либо эйфория, дисфория, нарушения влечений на фоне эндокринных и метаболических расстройств. Поражения на уровне ствола мозга проявляются торпидностью психических процессов либо импульсивностью и взрывчатостью.

Разграничивают также острый и хронический варианты психоорганического синдрома. Острый — возникает внезапно нередко вслед за экзогенным типом реакции, длится несколько дней, недель. Может быть единственным эпизодом либо рецидивирует и переходит в хронический. Последний чаще начинается малозаметно и протекает по-разному. При болезни Пика, Альцгеймера, хорее Гентингтона, старческом слабоумии психоорганическая симптоматика прогрессирует и завершается обычно слабоумием. Течение психоорганического синдрома, возникающего после черепно-мозговых травм, энцефалитов, приближается к стационарному — резидуальный вариант психоорганического синдрома. Возможно обратное развитие симптоматики, разумеется, до известных пределов — регрессирующий вариант психоорганического синдрома. При прогрессивном параличе, доброкачественных опухолях возможны терапевтические ремиссии. Степень выраженности психоорганического синдрома во многом зависит от возраста. Уязвимость к органическим повреждениям психики наиболее значительна в старческом возрасте.

**Псевдопаралитический синдром.** Наблюдается приподнятое, с преобладанием эйфории настроение, неряшливость, неопрятность, прожорливость, сексуальная расторможенность, развязность и

бесцеремонность в отношениях с окружающими, дурашливость, непристойные выходки, обнаженность, грубые, циничные шутки. На фоне значительного мнестико-интеллектуального снижения выделяются фантастические конфабуляции, бредовые идеи величия, богатства. Иногда встречаются состояния тревожно-ажитированной депрессии с элементами бреда Котара. Критическое восприятие психических нарушений отсутствует. Из неврологических симптомов часто отмечаются дизартрия, анизокория, вялая фотореакция зрачков, симптом Гуддена, тремор пальцев рук, языка, анизорефлексия, невриты. Встречается при различных заболеваниях: алкогольная энцефалопатия, нейролюес, опухоли головного мозга, симптоматические психозы.

**Психоэндокринный синдром.** Наиболее характерными являются снижение психической активности, изменения настроения и влечений. Психическая активность снижается в разной степени: от умеренной астении до состояний полной аспонтанности. Ядро личности вместе с тем сохраняется, больные адекватно реагируют на аффективно значимые для них раздражители. Патология влечений сводится, в основном, к количественным нарушениям либидо, чувства голода и насыщения, жажды; встречаются импульсивные влечения. Из аффективных расстройств следует отметить атипичные депрессии (с астенией, апатией, дисфорией, тревогой и страхами) и маниакальные состояния (с озлобленностью, агрессией). Характерна эмоциональная неустойчивость. Наиболее часто депрессии наблюдаются при болезни Иценко-Кушинга. Нередко выявляется склонность к реактивным депрессиям. Мнестико-интеллектуальное снижение наблюдается при более тяжелом течении эндокринного заболевания. Чаще оно проявляется амнестическим синдромом. В наиболее тяжелых случаях, развивается тотальное слабоумие.

## **ГЛАВА 13. ПСИХОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА**

**Психология интеллекта.** Интеллект (intellectus — разумение, понимание, постижение) — относительно устойчивая структура умственных способностей индивидуума, мыслительные способности человека. По Векслеру, интеллект — это глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами — успешно меряться силами с окружающим миром. Операциональных определений интеллекта на сегодня нет. По этому поводу остроумно сказано «Всякий умный человек знает, что такое интеллект. Это то, чего нет у других». В настоящее время большинство психологов понимает под интеллектом способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Существуют различные теории интеллекта, роли наследственности и среды в его развитии, методы его измерения. Измерение интеллектуального коэффициента по западным стандартам, основанное на определении скорости решения разных задач, теряет в настоящее время доверие, так как в разных культурах и социальных группах проблемы, решение которых обеспечивает успешную адаптацию, неодинаковы. Деление людей на «средних», «отсталых» и «сверходаренных» по результатам тестирования

немного говорит о социальной ценности этих людей. Термен выявил поразительный факт: ни один из имеющих повышенный коэффициент интеллекта не стал ни Моцартом, ни Эйнштейном, ни Пикассо, не оставил заметного следа в истории своей страны. Выяснилось также, что социальный успех зависит не только от умственных способностей. Не меньшую роль играют семейная среда с ее эмоциональными и социально-экономическими особенностями, а также личностные качества.

Исследования интеллекта в последние десятилетия сместились на изучение творческого или креативного мышления. Гилфорд в 1959 г. обобщил результаты всех этих исследований и создал расширенную концепцию интеллекта. Он выделил два типа мышления: конвергентное, необходимое для нахождения единственно точного решения, и дивергентное, благодаря которому возникают «оригинальные решения». У человека с нормальным интеллектом обычно имеются и нормальные творческие способности. Но, начиная с IQ, равном 120 %, пути умственных и креативных способностей расходятся. Творческие способности, по замечанию Фергюсона, не создаются, а высвобождаются. Этому в немалой степени способствуют особенности творческой личности, которая чужда конформизму, мало догматична, интересуется разными вещами и пытается объединить данные из разных областей. Голова творческого человека полна чудных идей. Это люди, сохраняющие детскую способность удивляться, мечтать, принимают и интегрируют разные аспекты своего поведения (Годфруа, 1993). Предлагают тесты на выявление и измерение креативного потенциала. Результаты их применения обнадеживают, однако, единственным достоверным методом определения способностей интеллекта и творческих возможностей остается практика жизни.

Нарушения интеллекта. Слабоумие характеризуется стойким или прогрессирующим ослаблением всех сторон познавательной деятельности, — памяти, мышления, когнитивных потребностей, высших эмоций, критических и прогностических функций, восприятия или, иными словами, интеллекта в целом. Различают врожденную (олигофрения) и приобретенную формы слабоумия (деменция). Олигофрения (по критериям, принятым в отечественной психиатрии) это наследственно обусловленные, а также приобретенные в течение первых трех лет жизни формы умственной отсталости. В данном случае наблюдается стойкая задержка развития интеллекта и в той или иной степени других психических функций. Деменция характеризует распад хорошо развитого прежде интеллекта, его руинирование под влиянием разных вредностей и ослабляющих процессов.

Врожденное слабоумие в зависимости от уровня развития интеллекта подразделяется на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия — наиболее глубокая степень умственной отсталости. Составляет 5 % всех случаев олигофрении. Интеллектуальный

коэффициент при идиотии не превышает 20 % от уровня нормального умственного развития, присущего биологическому возрасту испытуемых. Различают три степени идиотии. При глубокой идиотии отсутствуют узнавание, познавательные потребности (ориентировочный рефлекс), речь и ее понимание, элементарная ориентировка в ситуации и назначении предметов, сколько-нибудь дифференцированные эмоции и выразительные действия, реакции на мимику, жесты и намерения окружающих. Снижены различные виды чувствительности, в том числе болевой, резко задерживается моторное развитие (вертикальное стояние, ходьба), нередко наблюдаются стереотипные раскачивания головой, всем телом. Не формируются навыки опрятности. При идиотии средней и легкой степени пациенты способны понимать значение отдельных простых слов, жестов окружающих, умеют смеяться и плакать, узнают некоторые предметы и знакомую обстановку. Знают и имеют в активном словаре несколько десятков слов. В какой-то степени обучаемы — могут, например, научиться самостоятельно есть. Реагируют на появление новых людей и предметов, на боль, на эмоции окружающих.

Имбецильность — средняя степень умственного недоразвития. На ее долю приходится 20 % случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент у пациентов с имбецильностью колеблется от 20 до 50 % средневозрастной нормы, доступно понимание простых связей между объектами в первичных, обиходных ситуациях. С опозданием, к трем, пяти годам появляется речь, активный запас слов исчисляется сотнями. Формируются несложные навыки самообслуживания, простейшие трудовые навыки. Доступен механический счет в пределах 10—20, арифметические действия не усваиваются. Недоступно и чтение. Познавательные потребности не развиты, хотя существуют реакции любопытства. Имбецилы свободно пользуются личными местоимениями, узнают свое изображение в зеркале, на фотографии. Эмоциональные реакции и средства их выражения более дифференцированы, выявляются привязанности и антипатии. В моторном плане пациенты неуклюжи, неловки, речь косноязычна. Игровая деятельность однообразна. Имбецильность делят на глубокую, среднюю и легкую тяжести.

Дебильность — легкая степень умственной отсталости. Встречается наиболее часто—75 % случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент при дебильности варьирует от 50 % до 70 % относительно нормы. В связи с возникающими в отношении дебилов вопросами обучения, трудовой и военной экспертизы различают легкую, умеренную и выраженную дебильность. Дебильность характеризуется неспособностью владеть сложными умственными операциями, такими, как обобщение и абстрагирование, отсутствием креативности, самостоятельности. Мышление протекает на наглядно-образном и образном уровне. Запас слов может быть порядочным, но понятия отличаются нечеткостью границ, расплывчатостью содержания. Общие и отвлеченные понятия не усваиваются. Эмоциональные реакции лишены тонкости. Двигательное развитие может быть удовлетворительным, но

корковая моторика развита недостаточно. Например, хорошего почерка не вырабатывается. Механический счет удается, но арифметические действия доступны только с простыми числами, в уме выполняются с трудом, и то, скорее, по памяти. Механическая память бывает хорошей, а иногда, хоть и редко, феноменальной. Произвольная память и активное внимание остаются в зачаточном состоянии. Любознательность, пытливость дебилам не свойственны. Тяги к знаниям нет, мышление совершается по шаблону, без выдумки и воображения. Повышена внушаемость. Самооценка часто завышена и основана на внешних данных. Доступны несложные виды физического труда, освоение некоторых ручных профессий, удовлетворительная социальная адаптация, создание семьи. Нередки дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, ротацизма и лямбдацизма (не произносятся звуки «с», «р», «л») и др. Грамматические структуры речи упрощены, пациенты могут быть болтливы, но не владеют культурой речи, коммуникативными ее аспектами (умение слушать, заинтересовать и т. д.). От олигофрении следует отличать пограничную умственную отсталость. Принципиальное отличие заключается в том, что при олигофрении в первую очередь страдают умозаключения, процессы обобщения и абстрагирования, а также познавательные потребности. При пограничной умственной отсталости преимущественное нарушение касается так называемых предпосылок интеллекта (внимания, памяти, активности, восприятия и др.), в то время как процессы обобщения и абстрагирования, способность схватывать логические отношения остаются на удовлетворительном уровне, дети обучаемы, интеллектуальная ограниченность в принципе может быть преодолена с возрастом или путем соответствующей постановки обучения.

**Синдромы деменции.** Деменция (ослабоумливание) — обусловленное заболеванием мозга, снижение интеллекта. Проявляется нарушением ряда высших корковых функций, включая внимание, память, мышление, ориентировку, понимание, счет, суждение, речь, способность к обучению. Наблюдается ослабление когнитивных функций, эмоционального контроля, социальной адаптации. Сознание не изменено, однако, осознание болезни отсутствует (анозогнозия), если деменция носит тотальный характер.

К деменции не относятся временные (преходящие) изменения интеллекта, напоминающие слабоумие, например, связанные с депрессией. Основными при деменции считаются нарушения процессов памяти (фиксации, ретенции, репродукции) и мышления (интерпретация поступающей информации, способность к рассуждению, замедление процессов мышления). Диагноз деменции можно считать достоверным, если вышеупомянутые расстройства существуют (прогрессируют) не менее шести месяцев.

Различают парциальное и тотальное слабоумие.

Парциальная (частичная, лакунарная, дисмнестическая) деменция проявляется неравномерностью выпадения интеллектуальных



функций с преобладанием дисмнестических нарушений. Ядро личности, самосознания, стиль поведения заметно не страдают, запас навыков и знаний сохраняется на уровне, обеспечивающем ориентировку в происходящем и самообслуживание. Ограничения в первую очередь касаются нового опыта, планирования, воображения, оригинальности и творчества, прогностической функции, расстройство критики выражено нерезко либо отсутствует. Пациенты понимают факт интеллектуального снижения, адекватно на это реагируют, стремятся компенсировать свою несостоятельность.

Тотальная (глобальная) деменция характеризуется и более или менее равномерным поражением всех сторон познавательной деятельности, глубоким снижением личности, потерей спонтанности, утратой критики к своему состоянию. Лакунарное слабоумие при прогрессировании может переходить в глобальное. Деление деменции на парциальную и тотальную диктуется практическими соображениями и носит условный характер. Различают следующие виды деменции.

Эпилептическая деменция. (Более корректным является выражение «слабоумие при эпилепсии»). Наряду с замедлением психических процессов (торпидность) выявляются снижение уровня мыслительной деятельности, патологическая обстоятельность мышления. С трудом, путано, неточно, с остановками и повторениями выражаются мысли. В связи с этим мышление больных эпилепсией называют лабиринтным. Ослабевают память, в первую очередь, на события, не имеющие личного значения. обедняется лексикон, употребляются уменьшительно-ласкательные обороты речи — эвфемизмы, неопределенные и лишние слова и выражения. Речь в растяжку, нараспев, с обилием словесных штампов, междометий. Круг интересов и побуждений к деятельности ограничен заботами о собственном благополучии («концентрическое слабоумие»). Наблюдается утрированное заострение характерологических черт. Так, вежливость переходит в слащавость, елейность; предупредительность — в услужливость, сервизм; учтивость — в лживость; аккуратность — в мелочный педантизм; сочувствие — в подобострастие; самоуважение — в заносчивость; бережливость — в скупость и т. д. Больные могут быть обидчивы, злопамятны, мстительны, взрывчаты. Иногда развиваются ханжество, показное благочестие, двуличие, набожность.

Сенильная (старческая) деменция. Вначале появляются признаки душевного оскудения, черствости — неприветливость, холодность, грубость, скарденность и др. Больные угрюмы, недоверчивы, подозрительны. Растормаживаются биологические влечения, угасают прежние интересы и привязанности. Нарушения памяти достигают степени прогрессирующей амнезии, резко падает способность суждения. Присоединяются расстройства пространственной ориентировки, речи, праксиса, выпадение других высших корковых функций. Наблюдаются бредовые идеи, галлюцинации, депрессия, мысли о смерти и умерших людях. Процесс завершается психическим маразмом. Различают разные

формы старческого слабоумия: простую, депрессивную, параноидную, с состоянием спутанности сознания. Симптоматика предстарческого слабоумия аналогична таковой при сенильной деменции и характеризует диффузную либо очаговую атрофию головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).

Паралитическая деменция. Наблюдается при прогрессивном параличе. Характеризуется грубыми нарушениями внимания, памяти, мышления. Повышена внушаемость. Поведение, вначале легкомысленное, становится затем нелепым. Фон настроения может быть повышен, наблюдается эйфория. Стираются индивидуальные особенности личности, может наступить психический распад.

Травматическое слабоумие. Степень выраженности и клинические особенности травматической деменции отражают глубину и локализацию повреждения головного мозга. Так, преимущественное поражение лобно-базальных отделов мозга может выражаться псевдопаралитическим синдромом, картиной мории. Поражение фронтальных отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления. При поражении височных долей могут возникать нарушения, напоминающие эпилептическую дегенерацию, типичны при этом расстройства речи, речевого мышления. При поражении ствола мозга отмечаются торможение влечений, аффектов, торпидность, однако могут наблюдаться и противоположные явления: аффективная возбудимость, повышение влечений, импульсивность. Поражение межучного мозга сопровождается потерей психической энергии, чувством бессилия, апатией, повышенной сонливостью, иногда — эйфорией, дисфорией, грубыми проявлениями аффектов и влечений. Могут возникать эндокринные и обменные нарушения. Разновидностью травматического является так называемое, боксерское слабоумие, встречающееся примерно у 5 % лиц, подвергшихся травмам на ринге.

Сосудистое (постинсультное слабоумие синдром Бинсвангера) слабоумие. Развивается после инсульта или серии микроинсультов. Характеризуется грубыми нарушениями памяти, осмысления, речи (афазии, логоклонии), явлениями насильственного смеха, плача, психотическими эпизодами, значительными неврологическими нарушениями.

Сосудистая (дисциркуляторная) энцефалопатия чаще проявляется картиной дисмнестического слабоумия. Психические нарушения при гипертонической болезни могут выражаться псевдопаралитическим синдромом. Тяжесть сосудистых расстройств нередко колеблется.

Алкогольное слабоумие. Возникает как следствие алкогольной энцефалопатии (болезнь Гайе-Вернике, Корсакова, Маркиафава-Биньями и др.). Чаще проявляется в виде амнестического (Корсаковского) синдрома.

Деменция при болезни Альцгеймера характеризуется прогрессирующими нарушениями памяти, а также локальными расстройствами корковых функций, такими, как афазия, аграфия, алексия и апраксия. Локальные нарушения при этом могут преобладать на ранних этапах развития заболевания в случаях относительно раннего его начала (до 65 лет). Деменции при болезни Пика свойственны медленно нарастающие изменения характера и социальное снижение с последующим падением интеллектуальных функций. Типичны снижение памяти, расстройства речи, апатии либо эйфория, а иногда экстрапирамидные явления. Социальная дезадаптация и отклонения в поведении нередко опережают снижение памяти и речи. При болезни Крейцфельда-Якоба с типичным ее началом на пятом десятилетии жизни быстро прогрессирующая деменция сочетается с множественными неврологическими нарушениями (спастический паралич конечностей, ригидность, тремор, экстрапирамидные знаки, миоклонус). Течение подострое с летальным исходом через один, два года. Характерна трехфазная ЭКГ. Деменция при болезни Гентингтона (в типичных случаях проявляется на третьем десятилетии жизни) иногда начинается с тревоги, депрессии, параноида и изменений личности. Чаше дебютирует хореиформными гиперкинезами (особенно в лице и верхнем плечевом поясе), которые предшествуют деменции. Деменция характеризуется преобладанием лобных нарушений и относительно сохранной памятью в течение длительного времени. Заболевание протекает медленно, приводит к смерти спустя 10—15 лет. Для структуры деменции при болезни Паркинсона не установлено каких-либо характерных отличий. Констатируется на фоне верифицированной болезни Паркинсона, может сочетаться с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. Деменция при ВИЧ проявляется жалобами на медлительность и трудность в концентрации внимания, затруднениями чтения, решения задач, забывчивостью: Нарастают аутизация, аспонтанность, апатия. Возможны аффективные нарушения, психотические явления, припадки, а из неврологических расстройств — тремор, атаксия, мышечная гипертония.

Помимо вышеупомянутых наблюдается преходящее (транзиторное) слабоумие: шизофреническая и психогенная деменция.

При шизофренической (апатически-диссоциативной) деменции нет выпадений памяти, сохраняются приобретенные знания и навыки, могут быть не нарушены формальные аспекты мышления. Характерной особенностью шизофренического слабоумия является диссоциация между неспособностью уловить реальное значение конкретных событий, житейских ситуаций, ролевой несостоятельностью и удовлетворительными либо хорошими возможностями абстрактно-логического мышления — ситуационное слабоумие. Подчас значительный опыт и достаточные комбинаторные способности не могут актуализироваться в повседневной практической деятельности вследствие аутистической оторванности от реальности, аспонтанности, апатии.

Психогенное слабоумие (псевдодеменция). Истерическая реакция личности на психотравмирующую ситуацию в виде мнимого слабоумия. Проявляется симптомами мимом-ответов и мимодействий, особенно наглядными в элементарных ситуациях. Поведение столь демонстративно и нарочито, что одно это указывает на факт серьезного психического расстройства.

Различают депрессивный и ажитированный варианты псевдодеменции. При депрессивном варианте выявляется заторможенность моторных и речевых реакций, иногда мутизм. Наблюдаются истерические мимом-ответы, вербигерация, плохое запоминание свежих впечатлений, потеря интереса к происходящему. Пациенты негативистичны, часто совершают мимодействия (пытаясь, например, зажечь спичку, трут ею не ту сторону коробка или чиркают не головкой, а противоположным концом). Ажитированный вариант псевдодеменции выражается возбужденностью пациентов, эйфорией, расторможенностью, многоречивостью, ускорением речи. Мимом-ответы и мимодействия совершаются не только в реакциях, но и спонтанно. Явления псевдодеменции обратимы и бесследно исчезают с устранением или изживанием психотравмирующей ситуации. Воспоминания! о психотическом периоде сохраняются частично.

Псевдодеменция описана Вернике и является одной из форм истерического психоза. Известны другие его формы, в частности, синдромы пуэрилизма и Ганзера.

Синдром пуэрилизма (puer — мальчик) проявляется преходящей регрессией сознания и поведения на детский уровень организации личности. Взрослый пациент в это время ведет себя и говорит, словно ребенок: ползает на четвереньках, забавляется детскими игрушками, капризничает, устраивает истерики, обращается к окружающим со словами «дядя», «тетя», просит не наказывать его, не бить, не ставить в угол, требует позвать «маму», ест руками, лепечет, читает по слогам.

Синдром Ганзера характеризуется тем же набором истерических проявлений (разговор не по существу, мимодействия, нарочитость, симптомы регрессии, возбужденность или заторможенность), но отличается большей тяжестью нарушений и, что самое важное — спутанностью сознания. Наблюдаются расстройства ориентировки в ситуации, месте, времени, а по выходе из психоза — явления частичной или полной амнезии. Истерические психозы упомянутого типа ранее описывались как «тюремные психозы» у арестованных и заключенных, но они возникают также при органических заболеваниях мозга и чаще встречаются в больницах, нежели в тюрьмах. Длительность их составляет несколько недель и даже месяцев. Долгое время их смешивали с симуляцией. В отличие от последней они связаны не с сознательной мистификацией, а отражают влияние неосознаваемых установок личности или обусловлены реакцией на органическое поражение психических функций. Существуют иные подходы к систематике слабоумия. Так,

В. М. Блейхер (1976) различает такие его формы: простое, психопатоподобное, галлюцинаторно-параноидное, амнестически-парамнестическое, паралитическое и псевдопаралитическое, асемическое и терминальное или марантическое. Простой форме свойственно преобладание дефицитарных мнестико-интеллектуальных нарушений и отсутствие продуктивной симптоматики. Психопатоподобному слабоумию присуще болезненное заострение преморбидных особенностей личности или появление новых, не наблюдавшихся до болезни. Галлюцинаторно-параноидное слабоумие характеризует сочетание мнестико-интеллектуального снижения с галлюцинациями и бредом, причем последние по мере углубления деменции исчезают. Амнестически-парамнестическое слабоумие по симптоматике тождественно Корсаковскому синдрому. Паралитическое и псевдопаралитическое слабоумие определяется психическими нарушениями, свойственными прогрессирующему параличу, а также расстройствами, упомянутыми ранее при описании псевдопаралитического синдрома. Асемическое слабоумие типично для очаговых поражений головного мозга, а также болезней Пика, Альцгеймера, очаговой (лиссауэровской) форме прогрессирующего паралича. Слабоумие, чаще глобального типа, сочетается с очаговыми расстройствами речи, гнозиса и праксиса. Марантическое слабоумие характеризуется полным распадом психической деятельности, эквифинальностью наблюдавшихся до него картин деменции.

## **ГЛАВА 14. СОН И НАРУШЕНИЯ СНА**

**Сон.** По данным ЭЭГ-исследования, выявлено два вида сна и различные его стадии. Существует медленноволновый сон (с альфа-волнами, тета-волнами и дельта-волнами) и парадоксальный сон (с бета-волнами и быстрыми ритмическими движениями глазных яблок).

В медленноволновом сне, которому предшествует период засыпания с альфа-волнами на ЭЭГ, различают 4 стадии:

- 1 стадия. В начале ее появляются тета-волны. Это дремотное состояние с полусонными мечтаниями, гипнагогическим ментизмом. Может длиться до 9 минут;
- 2 стадия. На этой стадии на ЭЭГ появляются «сонные веретена». Длится от 30 до 45 минут;
- 3 стадия. Длится несколько минут, «сонные веретена» исчезают, уступая место медленноволновой активности;
- 4 стадия. Стадия глубокого, восстановительного сна. Преобладают дельта-волны. Длится около 30 минут. В этот период возникают 80 % сновидений, ночные ужасы, лунатизм, энурез.

Период сна состоит из 5 циклов по 90 минут. В каждом из них имеется медленноволновый сон, и парадоксальный, длящийся до 15—

20 минут. В трех последующих циклах медленного сна третьей и второй стадии нет.

**Диссомнический синдром.** При психических заболеваниях возникают нарушения функции сна и сновидений. Как правило, патология сна является одним из наиболее ранних и устойчивых признаков психического расстройства, равно как нарушение вегетативной регуляции, общей чувствительности, влечений, активности. В ремиссии все эти отклонения исчезают обычно последними либо сохраняются на неопределенные сроки, указывая тем самым на неполное выздоровление.

**Гиперсомния** — патологическая сонливость. Чаще встречается при нервных заболеваниях (летаргический энцефалит, опухоли головного мозга и др.). Нередко наблюдается также в состоянии апатии, легкой оглушенности сознания, при отравлении психотропными препаратами. Легкие депрессии нередко сопровождаются повышенной сонливостью. Сон приобретает для таких пациентов определенное психологическое значение, формируется нечто вроде зависимости от сна, так как в это время, по их словам, они «отдыхают» от тягостных переживаний бодрствования. По мере углубления депрессии гиперсомния сменяется бессонницей.

Гиперсомнические состояния могут возникать в виде приступов: нарколепсия, пикквикский синдром, синдром Кляйн-Левина, истерическая гиперсомния.

**Нарколепсия** характеризуется приступами сонливости в дневное время, припадками катаплексии, нарушениями ночного сна, состояниями паралича сна, а также психическими отклонениями — синдром Желино. Приступы сонливости, длительностью до 20—30 минут, возникают до трех, пяти раз в день и более, ежедневно или реже. Сон физиологический, глубокий, но пациента можно разбудить. Уснуть он может где угодно, испытывая внезапно возникшую непреодолимую потребность во сне. Зрачки в это время в отличие от эпилептического припадка сужены. Катаплексия — внезапное падение постурального тонуса до 2—3 минут — сопутствует приступам сна, но может возникать и отдельно от них. Катаплектические приступы часто провоцируются эмоциями (смех, радость, плач), внезапными и интенсивными сенсорными стимулами. Падение тонуса идет быстрой волной в направлении сверху вниз. Перед ночным засыпанием нередко появляются гипнагогические обманы восприятия (зрительные, слуховые, тактильные), страхи. При нарколепсии, но часто и вне ее наблюдаются состояния паралича сна, возникающие при засыпании или, что случается чаще, во время пробуждения. Ночной сон нарушен: бессонница, сдвиг формулы сна, частые спонтанные пробуждения, кошмары. Выявляется астенизация психики, раздражительность, торпидность, адинамические и апатические включения. Встречаются сексуальные расстройства, нарушения менструального цикла, ожирение, явления гипертиреоза, метаболические сдвиги. Нарколепсия может наблюдаться при органических заболеваниях головного мозга, но чаще имеет

эссенциальную природу. Приступы сонливости, наподобие нарколептических, могут возникать при эпилепсии.

Пикквикский синдром — ожирение, расстройства дыхания (учащенное, поверхностное дыхание) и дневные приступы сонливости. При засыпании появляются отдельные клонические гиперкинезы, отчего пациенты могут упасть, засыпая, как это им и свойственно, в положении сидя. Предполагают наследственную природу данного синдрома. Преморбидно пациенты экстравертированы, добродушны, активны, неумеренны в еде и весьма практичны.

Синдром Кляйн-Левина встречается в основном у юношей и проявляется приступами сна (несколько часов, дней), перед началом или по окончании которых наблюдается булимия. В структуре приступов отмечают, кроме того слабость, апатию, аспонтанность, инициальное психомоторное возбуждение, редко — шизофреноподобные расстройства.

Истерическая гиперсомния проявляется приступами глубокого сна, возникающими в связи с психогенией. Во время сна обнаруживается мышечный гипертонус, аналгезия кожи и слизистых покровов, задержка мочи и стула, тахикардия. На ЭЭГ выявляется картина бодрствования. Подобные состояния близки, вероятно, состояниям истерического психоза, известным как истерический ступор.

Истерическому ступору, возникающему в качестве реакции на психическую травму, а также после их в структуре других истерических психозов (синдром Ган-зера, пуэрилизма, псевдодеменции) свойственны следующие проявления. Пациенты застывают в очень выразительной позе, эмоционально напряжены. Тонус мышц несколько повышен, оказывается противодействие внешним попыткам изменить положение тела. Контакт с окружающим миром полностью не прерывается, глаза открыты. Сохраняются мимические реакции на вопросы, затрагивающие травмирующую ситуацию — пациенты сжимают губы, закрывают глаза. Ступор может сохраняться длительное время, исчезает сразу или постепенно, минуя другие истерические синдромы. Физическое состояние существенно не страдает. Сравнивая истерические гиперсомнию и ступор, можно сделать вывод о том, что глубина расстройств во время ступора представляется несколько меньшей.

Инсомния. Значительное сокращение нормы суточного сна вплоть до полной бессонницы. Встречается в острых психотических состояниях, в период продрома различных психозов, в абстиненции, при маниакальных состояниях. Укорочение сна часто бывает при депрессии, иногда длительное время наблюдается полное отсутствие сна. Следует заметить, что жалобы многих пациентов на бессонницу нередко преувеличены и отражают скорее страх бессонницы, нежели истинные нарушения сна.

Нарушения засыпания часто обусловлены психогенными факторами и связаны с невротическими и невротоподобными расстройствами: волнением, беспокойством по поводу событий минувшего дня, тревожностью в связи с предстоящими событиями, явлениями психической гиперестезии, неприятными физическими ощущениями, ипохондрическими опасениями и др. Нередко встречается боязнь бессонницы, побуждающая к излишне энергичным усилиям ускорить наступление сна, а на деле только препятствующим ему. Засыпание может быть нарушено при депрессии, абстиненции, в психотических состояниях. Так, у больных с тревожной депрессией иногда возникает страх сна («усну и не проснусь»), гипнагогический ментизм, вегетативно-сосудистые пароксизмы. С наступлением ночи потребность во сне у депрессивных больных может утрачиваться, появляется желание что-то делать, «сон не идет». Иногда засыпание может быть нарушено в том смысле, что оно наступает внезапно, без предшествующего дремотного периода: «засыпаю нечаянно, как отключаюсь, проваливаюсь в сон». Таким же внезапным может быть пробуждение. Весьма часто засыпание сопровождается различными другими нарушениями: миоклоническими вздрагиваниями, необычными телесными ощущениями, обманами восприятия, чувством увеличения или уменьшения в размерах тела и отдельных его частей, дисфорическими сдвигами настроения, раскачиванием тела, стереотипными движениями головы, зубным скрежетом (бруксизмом), необычными позами, вскакиваниями.

Искажение формулы сна. Повышенная сонливость днем сочетается с утратой потребности во сне и бессонницей ночью. Формула сна может быть сдвинута: засыпание глубокой ночью сопровождается поздним пробуждением от сна. Циклы сон — бодрствование могут быть удлинены или укорочены так, что пациент «не вписывается» в естественный ритм смены дня и ночи.

Недержание сна. На фоне нарушения нормального суточного ритма сна наблюдаются частые (через каждые 2—3 часа) и непродолжительные (от 30 минут до 1 часа) погружения в сон. Наблюдается у стариков.

Утрата чувства сна. Пробудившись от сна, больные не осознают, что спали: «Сновидения были, а не спала...» «Не спал, хотя, говорят, похрапывал...» «Кажется, не спала вовсе: только закрыла глаза и тут же открыла их...». Такой сон не приносит обычно чувства отдыха и бодрости.

Изменения глубины сна. Сон может быть поверхностным, с частыми пробуждениями, неполным отключением от происходящего: «Сплю, вижу сон и одновременно слышу, что делается вокруг... Сплю и слышу свой собственный храп...». Некоторые больные утверждают, что перестали спать, как прежде, и им приходится довольствоваться лишь полудремотными состояниями: «Тело спит, а голова, кажется, вообще не отключается...». Сон, напротив, может быть чрезвычайно глубоким, «одуряюще тяжелым», профундосомния. Часто при этом не появляется обычного чувства засыпания, больные как бы



«проваливаются в сон, как в глубокую яму». Нет и нормального чувства пробуждения. «Такое чувство, что не проснулся, а очнулся от беспамятства». Такой сон также не приносит облегчения и свежести, даже при достаточной его длительности.

Паралич сна (катаплектоидное состояние, катаплексия пробуждения, каталептико-галлюцинаторный синдром). Состояние частичного пробуждения от сна. Проснувшись и понимая это, больные некоторое время испытывают тяжелое чувство скованности, оцепенения и совершенно не владеют телом: не могут встать, шевельнуться, открыть глаза, крикнуть. Одновременно с этим возникает сердцебиение, гипергидроз, иногда страх, тактильные, слуховые и зрительные галлюцинации. Некоторые больные в этот момент как будто осознают, что все это происходит во сне. Длительность указанных состояний не превышает нескольких секунд, однако в сознании больных она переживается значительно большей. Нередко появляется страх повторения подобных состояний. Скованность иногда охватывает лишь отдельные группы мышц, например, жевательных, проявляясь тризмом после пробуждения. Проснувшись, пациент некоторое время не может открыть рот, что-нибудь сказать, зубы в это время стиснуты.

Ониризм. Расстройство сознания, появление которого связано с нарушением сна и приурочено к полудремотным состояниям. При засыпании возникает наплыв ярких зрительных галлюцинаций фантастического содержания и последовательной сменой одной ситуации другой — гипнагогический ониризм (Снежневский, 1941). Из аффективных расстройств преобладают удивление, боязливое восхищение. Постоянно наблюдается дезориентировка в окружающем. В дальнейшем гипнагогический ониризм может смениться состояниями ориентированного и полного ониризма. В период ориентированного ониризма сценopodobные обманы восприятия (галлюцинации и псевдогаллюцинации) фантастического содержания переплетаются с иллюзорным или адекватным восприятием окружающей обстановки. В состоянии полного ониризма наблюдается отрешенность от действительности, содержание сознания всецело определяется фантастическими переживаниями. Наблюдаются ступорозные и субступорозные состояния. Аутопсихическая ориентировка не нарушается. Продолжительность эпизодов ониризма невелика — до двух, трех суток. Чаще всего ониризм наблюдается при интоксикационных (алкогольных) и симптоматических психозах. Выделяется не всеми.

Просоночные состояния (состояния опьянения сном). Неполное пробуждение, при котором под впечатлением продолжающихся оставаться актуальными сновидений автоматически совершаются различные, иногда опасные для окружающих действия, не оставляющие впоследствии воспоминаний.

Снохождение (лунатизм, сомнамбулизм). Чаще имеют невротический характер, как и снововорение. Значительно реже являются симптомом эпилепсии. Наблюдается в третьей, четвертой

стадиях глубокого сна (как и паралич сна, снохождение относятся к диссоциированным нарушениям сна.)

Невротическое снохождение (реже конституциональное, а также связанное с органическим поражением головного мозга — черепно-мозговая травма, нейроинфекции) могут сочетаться с другими парасомниями: ночными страхами и энурезом, сомнилоквией (гипническими приступами) — катаплексией и нарколепсией. Ночные страхи детей большей частью имеют невротическую природу и обусловлены пугающими сновидениями, воспоминаниями, фантазиями на тему острых дневных впечатлений — фильмы ужасов, сказки, нападения животных и т. д. Реже страхи во сне и перед засыпанием имеют бредово-галлюцинаторный характер, что может быть установлено расспросом. Наблюдаются также протопатические, обычно не сохраняющиеся в памяти страхи неясной природы, а кроме того эпизоды сумеречного помрачения сознания со страхом. Парасомнический энурез, в отличие от эпилептического, не сопровождается тоническими судорогами (или они кратки и сочетаются с общим непродолжительным беспокойством), нередко перед упусканьем мочи бывает тахикардия и эрекция, а также сновидения соответствующего содержания (ребенку снится, к примеру, что он находится в туалете). Без ЭЭГ-исследования разграничение эпилептических и парасомнических феноменов может стать проблематичным. Кроме хождений и говорений во сне часто бывают вздрагивания, крики, вскакивания, размахивания руками, разные движения ногами, раскачивание головы, вставание на четвереньки и др. Некоторые действия оставляют у пациентов тяжелое впечатление. Так, больной с беспокойством сообщил, что просыпается в тот момент, когда его рука сдавливает собственное горло. Встречается «сон с открытыми глазами».

Ночные ужасы — эпизоды панического страха с криком, возбуждением, неузнаванием обстановки и окружающих. Приурочены к периоду медленноволнового сна (третья, четвертая стадии). Воспоминаний обычно не сохраняется, по окончании эпизода пациент почти сразу же засыпает.

Кошмары — мучительные сновидения, возникающие во время парадоксального сна. Благодаря своей эмоциональной окраске запоминаются лучше, чем другие сновидения. Психологически связаны с проблемами, которые пациент испытывает наяву часто встречаются при нарушениях настроения, депрессии.

Синдром скоропостижной смерти (смерти в колыбели) — внезапная смерть здоровых детей во сне в возрасте до 1 года. Причины неизвестны. Предполагают, что это нелюбимые дети, матери которых курят. Возможно, смерть связана с функциональной недостаточностью дыхательных центров.

Волчий сон — редкие случаи абсолютной бессонницы в течение многих лет. По данным ЭЭГ, эти люди спят частыми, но очень короткими порциями, незамечаемыми пациентами и окружающими.

Во время сна, при пробуждении могут возникать разнообразные психопатологические феномены: страхи, обманы восприятия, нарушения схемы тела, расстройства пространственной ориентировки, явления психической анестезии, деперсонализации, бредовые идеи. При маскированной депрессии, например, часто наблюдается «феномен беспокойных ног» — чувство онемения той или иной части тела, парестезии, которые вскоре проходят, если больные начинают разминать, массировать соответствующий участок тела. Во время сна могут возникать также судорожные припадки. При так называемой ночной эпилепсии судорожные пароксизмы наблюдаются только во время сна. Иногда продуктивная симптоматика возникает преимущественно во сне, а в дневное время ее нет.

Сновидения. При психических заболеваниях обычно наблюдается учащение сновидений, изменение их содержания и интенсивности. Нередко констатируется появление необычно ярких, сценopodobных и даже цветных снов. Реже отмечается утрата сновидений, несвойственная им ранее блеклость. Содержание сновидений может быть связано с болезненными переживаниями периода бодрствования. Иногда в сновидениях получают отображение еще не оформленные симптомы заболевания. Так, при алкоголизме накануне рецидива влечения к алкоголю появляются сновидения «питейного содержания» (Газин, 1952). Наступлению делириозного помрачения сознания нередко предшествуют кошмарные сновидения. Тягостные сновидения наблюдаются у депрессивных больных. Как правило, такие сновидения характеризуются хаотической и незапоминающейся сменой образов. Могут возникать стереотипно повторяющиеся сновидения. В части случаев это связано, по-видимому, с тем, что в действительности вновь увиденный сон воспринимается с чувством, что он был уже несколько раз раньше. Иногда прерванные сновидения при погружении в сон возобновляются с места остановки и продолжаются далее — «серийные сны». Наблюдаются «сделанные сны», а также насильственное «отнятие» сновидений. В сновидениях могут отражаться обстоятельства психических травм, как недавних, так и давно минувших. Так, у старых фронтовиков в сновидениях с необычайной яркостью оживают воспоминания о наиболее тяжелых эпизодах военной жизни. У больных старческого возраста содержанием сновидений могут быть события и впечатления детских лет. Наблюдаются гипнагогические сновидения: видится сон и одновременно с этим понимается, что это сновидение. Некоторые больные сообщают, что испытывают чувство, будто им «снился, что видится сон». В это время они даже пытаются позвать кого-нибудь помочь им проснуться. В самоощущениях периода сна больные чаще воспринимают себя совершенно здоровыми, без проявлений актуальных симптомов заболевания. Отношение к содержанию сновидений большей частью остается адекватным. Встречаются, однако, больные, приписывающие снам пророческое значение. В связи с этим сновидения могут оказывать неизгладимое впечатление, значительно более глубокое, чем реальные события. Убежденность в существовании пророческих снов — отзвук древней веры в реализм

сновидений. Нередко, однако, эта убежденность бывает связана с феноменом уже виденного — реальные события воспринимаются как повторение увиденного ранее во сне. Так, пациентка утверждает, что в течение последних двух лет она стала обладательницей дара пророчества. По ее сообщениям, во сне она постоянно видит двух женщин, рассказывающих о смысле происшедшего или того, что случится в будущем. Позже, наяву, когда что-то происходит, она вдруг вспоминает, что об этом уже слышала от голосов во сне, знала, что все это будет. Иногда больные рассматривают сновидения в качестве своеобразного эквивалента действительности, одновременно с этим понимая, что все происходило во сне. Такого рода опредмечивание сновидений является, очевидно, одним из проявлений патологии самосознания — сновидение воспринимается как реальность, а не как факт внутренней жизни. Наверное, тут можно говорить о галлюцинаторных сновидениях. У некоторых пациентов симптоматика заболевания (деперсонализация, обманы восприятия, страхи и т. д.) проявляется во время сна.

## **ГЛАВА 15. ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ**

Представляет собой совокупность симптомов, обусловленных нарушениями механизмов вегетативной регуляции. Перечень симптомов достаточно внушителен, но наиболее часто встречаются колебания артериального давления, частоты пульса и дыхания, нарушения терморегуляции (субфебрилитет, понижение температуры тела), тошнота, рвота, запоры, диаррея, задержка мочеиспускания, гипергидроз, сухость во рту, гиперсаливация, слезливость, мидриаз, экзофтальм, мышечного тонуса. Нередко пациенты жалуются на удушье, чувство стесненного дыхания, ощущения нехватки, воздуха, нарушения сердечного ритма. Их беспокойство бывает связано также с чувством тяжести в эпигастральной области, ощущением переполнения желудка, метеоризмом, отрыжкой.

Вегетативные расстройства могут быть перманентными, но часто, особенно в начале заболевания, возникают по типу пароксизмов, длящихся до двух, трех часов и более. Клиническая структура психовегетативного синдрома может отражать преобладание симпатического тонуса (тахикардия, склонность к артериальной гипертензии, атонические запоры, мидриаз, экзофтальм, субфебрилитет, сухость во рту, гипергидроз) — феномен эрготрофической настройки. В других случаях доминирует вагоинсулярная иннервация: тошнота, рвота, жидкий и учащенный стул, учащенный диурез, артериальная гипотензия, гиперсаливация, гипотермия, брадикардия, ощущение удушья — феномен трофотрофической настройки. Нередко встречаются смешанные — амфитонические состояния.

В детской психопатологии употребляется термин невропатический синдром, под которым понимают не только вегетативные расстройства, но также нарушения общей активности, сна, настроения, физического развития (гипотрофию). Невропатический

синдром у детей в возрасте 2—3 лет может проявляться аффе́ктреспираторными приступами. Дети, по рассказам родственников, «закатываются», «заходятся». Во время плача происходит спазм мышц гортани, остановка дыхания, асфиксия. Кожные покровы синеют, сознание затемняется, развиваются тонические судороги. Катамнез детей с аффективно-респираторными судорогами, а также фебрильными припадками свидетельствует о том, что у значительной части пациентов впоследствии наблюдается эпилепсия. Невропатический синдром считается типичным для детей в возрасте до трех лет, страдающих различными заболеваниями.

Психовегетативный синдром — неспецифическое нарушение. Встречается при всех психических заболеваниях, на ранних этапах развития может быть основным их проявлением.

## **ГЛАВА 16. ПРИЗНАКИ ДИССОЦИАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Диссоциация психической деятельности, расщепление психики, шизис, утрата внутреннего психического единства, дискордантность, интрапсихическая атаксия, аутизм, разлаженность, нарушения координации психических процессов — эти и другие названия широко используются для обозначения патогностических признаков, свойственных психической деятельности больных шизофренией. На это указывает, в частности, и сам термин «шизофрения», акцептированный различными школами в психиатрии, несмотря на существующие отличия в подходах по другим проблемам данного заболевания. Явления психического расщепления, выражаясь отдельными симптомами, но еще в большей степени своеобразием окраски многих неспецифических симптомов и синдромов, имеют весьма существенное диагностическое значение. Вероятно, именно они порождают у наблюдателя трудно формируемое впечатление о больных, обозначаемое некоторыми исследователями как «чувство шизофрении». Разумеется, интуитивное восприятие едва ли может считаться серьезным доводом при обосновании столь ответственного диагноза. Задача врача состоит, таким образом, в том, чтобы подвергнуть тщательному анализу клинические явления и аргументированно подтвердить либо отвергнуть факты психического расщепления, не ограничиваясь субъективным впечатлением, возникшим в ходе обследования больного.

В явлениях психической диссоциации со значительной долей условности можно разграничить два плана: внешний, выражающийся в нарушениях контактов с действительностью, — аутизм, и внутренний, проявляющийся особой структурой субъективных переживаний больного, их внутренней несогласованностью — интрапсихическая атаксия или расщепление психики, утрата координации психических процессов.

Аутизм. Оторванность от конкретной действительности, отгороженность от внешнего мира, обнаруживающаяся в сфере

контактов с окружающими, в игнорировании объективных требований к своему поведению, разлаженности аффективных реакций и в отходе от реалистической ориентации мыслительной деятельности. Проявления аутизма многообразны, во внешних чертах противоречивы, но все они объединяются одной общей особенностью — утратой единства личности с внешним миром. Базисной характеристикой аутизма является, по-видимому, интровертированная установка, признаки которой могут быть выявлены уже в первые годы жизни ребенка. Это выражается недоверием к окружающему, чрезмерной осторожностью, боязливостью, страхом всего нового и непривычного, медленным формированием привязанности и чувства собственности, отсутствием свойственной детям открытости и непосредственности. Указанные особенности сохраняются в последующие годы. Заболевание лишь способствует усилению интроверсии, обнажая разные аспекты этого качества личности.

Далее, к числу постоянных проявлений аутизма относится также аффективная блокада — отчужденность от окружающих, утрата потребности в общении или ограничение симпатий и личных привязанностей избирательным кругом лиц. Больные замкнуты, не стремятся к живому общению или активно его избегают, не тяготеют к одиночеству, отдаленностью от людей. Контакты осуществляются не в силу естественной потребности в человеческом общении, а «по необходимости, по мере надобности», из рационалистических побуждений, обычно по каким-либо конкретным деловым вопросам, решение которых зависит от окружающих.

Внешне больные могут выглядеть достаточно контактными, порою весьма непринужденно и раскованно чувствующими себя в группе или даже назойливыми. Но и в данном случае коммуникабельность не вытекает из непосредственных аффективных побуждений. Результаты общения не доставляют удовлетворения, а формирующиеся связи непрочны, легко и без сожаления обрываются. — «Даже среди людей я чувствую, что остаюсь наедине с собой».

Снижение эмоциональной откликаемости и нарастающая обособленность получает отчетливое клиническое звучание не только в общении, но также в своеобразии речи и различных внешних деталях поведения больных.

Речь постепенно теряет форму диалога, все более приближаясь к монологу, строится без учета реакции собеседника и требований ситуации. Как правило, она лишена выразительности, образности, сочных аффективных модуляций, живых разговорных приемов, которыми привлекается внимание собеседника или поддерживается его интерес к обсуждаемой теме, логических акцентов, способствующих взаимопониманию, отличается литературной правильностью, неуместной высокопарностью либо канцелярской сухостью. Многие больные не чувствуют юмора, иронии и по этой причине слывут «серьезными людьми», не понимают общепринятого

смысла идиоматических оборотов речи и редко включают их в свой лексикон. Не воспринимают и не используют бытующие в той или иной среде шутки, остроты, жаргонные выражения — все то, что общительные натуры впитывают в себя, как губка, с самого детства.

Заслуживает упоминания и тот факт, что часто больные не понимают и не могут уверенно сказать, общительны ли они. Вот несколько характерных ответов: «Общительный? Как понять? С друзьями или как? С семьей, на работе или общественный? Шутливый, что ли? Нет, не понимаю это слово... Да, на работе, в коллективе общительный... Могу поддерживать разговор... Занимаюсь общественной работой, выходит, общительный... Да, юмор мне понятен, если он не относится к серьезным вопросам... Могу заговорить с человеком, даже незнакомым... Да, разговорчив...». Понятия потребность в общении и коммуникативные навыки большей частью не различаются.

Сообщения больных о близких людях нередко формальны, не дают полного представления об их личностных качествах, лишены теплоты, сочувствия, живого участия в их судьбе: «Мать на разных работах работает, отец — флегматичный, не пьет... Отец разговорчивый, тоже рабочий, мать — женщина энергичная, строгая... Отец непьющий, был фонарщиком, тоже любил шутить, а мать — домохозяйка... Мать? Что мать, у нее своя жизнь, у меня — своя...».

Аутизм нередко обнаруживается странностями в поведении. Неадекватность, колеблющаяся в диапазоне от некоторой развязности и бесцеремонности до явно нелепого поведения, может быть связана с утратой чувства дистанции, непониманием своей роли в конкретной ситуации или неспособностью вообще принимать ее в расчет. Весьма характерна ролевая несостоятельность — непонимание той роли, которая была бы уместной в данных обстоятельствах. Так, в беседе с врачом больной ведет, себя «на дружеской ноге», «на равных» вступает в дискуссии, дает — советы. На обходе справляется о самочувствии врача, позволяет себе игривые, кокетливые нотки, недвусмысленные намеки. Или внезапно может прервать беседу и покинуть кабинет, рассказать некстати пришедшее в голову стихотворение, запеть, прилечь «отдохнуть», раздеться и делать гимнастические упражнения... В строгой или торжественной обстановке больной может вдруг вспомнить и рассказать неприличный анекдот и громко расхохотаться, не обращая внимания на недоумение присутствующих, совершить эксцентрическую выходку, позволить себе циничное замечание. Подобные эпизоды воспринимаются окружающими как внезапные, неожиданные, поскольку противоречат интеллектуальному уровню больных, их прежнему поведению и не соотносятся с ситуацией. Особенно легко и часто такие эпизоды возникают в состоянии алкогольного опьянения. Столь же неожиданны и непредсказуемы импульсивные, большей частью бессмысленные, в ряде случаев небезопасные для больных и окружающих поступки, совершаемые под влиянием случайных мимолетных побуждений,

немотивированные эпизоды дурашливости, нелепой клоунады, время от времени возникающие на фоне адекватного в целом поведения.

Другие больные, напротив, держатся строго официально, подчеркнуто сухо и даже личные просьбы выражают врачу в письменной форме. Обычно это наблюдается у больных, аутичное поведение которых обнаруживается в виде ригоризма — ортодоксальной и ригидной приверженности формально безупречным этическим и правовым нормам, особой «правильности, негнувшейся прямоте, идеальности» в оценках, суждениях, взглядах и поступках, идущих вразрез со складывающимися в реальной жизни обычаями и взаимоотношениями. Любопытная деталь, характеризующая ригоризм, это пренебрежение обычаями наречения именем и склонность придумывать своим детям новые имена, связанные, в частности, с догматами веры и идеологии: Ортомар — ортодоксальный марксист; Даздраперма — да здравствует Первое мая; Ревокат — революция катится и т. д.

Аутичные больные в большинстве своем малодоступны, недостаточно раскрывают свои внутренние переживания, не стремятся быть понятыми, так что почти всегда существует барьер, отделяющий их от собеседника. Нередко встречается, однако, внешне противоположная, но в сущности все та же аутическая особенность поведения — регрессивная синтонность; или аутизм наизнанку, проявляющаяся чрезмерной откровенностью, обнаженностью. Так, больной без всякого принуждения говорит о том, что пьянствует, имеет порочные наклонности, без тени смущения сообщает о подробностях интимной жизни, постыдных эпизодах биографии, раскрывает семейные тайны и др. Столь же выраженной может быть раскрытость пациентов с органически обусловленной регрессией личности (алкогольная деградация, прогрессирующий паралич), но в данном случае наблюдается интеллектуальное снижение, расторможенность влечений, эйфорический фон настроения — явления, не свойственные шизофрении.

Зачастую больные не обращают должного внимания на свой внешний вид, небрежны, неряшливы и даже неопрятны, сохраняя при этом известную интеллектуальную утонченность и интересы к отвлеченным вопросам, музыке и др. Станным образом духовные стремления уживаются здесь с полным пренебрежением к повседневным потребностям, чего у органических пациентов обычно не наблюдается, и скорее, напротив, в первую очередь разрушается духовное ядро личности. С другой стороны, в одежде, прическе, манерах аутичным пациентам могут быть свойственны несуразность, крикливость, экстравагантность либо утрированная стилизация, выражающие определенные отношения к различным сторонам жизни. Так, больной с шизофренией носит одежду и прическу «русских демократов», ведет себя очень чинно, к врачу относится свысока, в знак протеста к рутине жизни поменял свою фамилию, теперь у него она — «Правда». Тенденция к гротескным невербальным способам коммуникации свойственна, как видно, не только истерическим личностям.



Необычной направленностью отличаются интересы и склонности аутичных пациентов. Как правило, они не определяются конкретными обстоятельствами жизни, образованием, запасом знаний, не согласуются с интеллектуальными возможностями, оторваны от реальности, односторонни, заумны. Это гипертрофированный интерес к мистике, метафизике, иррациональным и эзотерическим построениям, древним, манящим своей загадочностью философским системам, увлечение йогой, спиритизмом, средневековьем, псевдонаучными течениями, паразитирующими на окруженных ореолом таинственности явлениях действительности, и вообще глобальной проблематикой, в то время как насущные и естественные потребности и вопросы оставляются без внимания или в отношении их больные обнаруживают все возрастающую несостоятельность. Это также странные виды коллекционирования, составлению бесчисленных кроссвордов, туристических маршрутов, изобретение особых гимнастических комплексов, диет, приемов закаливания, моделей одежды, вступающих в очевидное противоречие с разумной обеспокоенностью состоянием здоровья. Наконец, это могут быть романтически-восторженное отношение к действительности, неумеренный пафос в изображении обыденных явлений, ничем не оправданный одеревеневший оптимизм, склонность к идеализации, обожанию единственного либо очередного «кумира», иногда с отчетливым оттенком гомосексуализма или кровосмешательства, платоническая влюбленность, мечтательность, оторванная от реальной жизни и др.

Аутистическая ориентация мышления выражается разными степенями отрыва содержания мыслей больных от действительности и объективных закономерностей реального мира, хотя формальных нарушений мыслительной деятельности при этом может не выявляться. Так, это могут быть мимо-ответы при отсутствии разорванности мышления, возникающие вследствие того, что больной не фиксирует внимания на вопросах врача, отвечая любой из случайно появившихся мыслей. Это также легкость, с какой в рассуждениях и выводах игнорируются очевидные факты, а их место бывает заполнено второстепенными обстоятельствами. Так, в жалобах на самочувствие нередко отражаются побочные, случайные отклонения, в то время как актуальные, реально угрожающие благополучию и будущему, не находят выражения. Например, больной констатирует «подергивание ресниц, слипание ресниц, дрожание пальца...», обеспокоен тем, что «не может спать на правом боку, спит с открытым ртом, плохо спит после приема мяса...». Из спонтанных сообщений такого рода часто вообще невозможно составить ясное представление о собственно болезненных проявлениях. После беседы с врачом больной может спросить, правильно ли он заполнил цифры или сравнил понятия, упуская из виду главное: какие выводы сделал врач о его здоровье. Аутистические тенденции мышления обнаруживаются в повышенной готовности признать обоснованность достаточно невероятных или даже абсурдных утверждений, в неспособности провести четкую грань между желаемым и действительным, воображаемым и реальным. Шизоидной личности вообще свойственно видеть

действительность через призму своих надуманных схем или безжизненных представлений, а если обнаруживаются при этом какие-то противоречия, то сомнения разрешаются далеко не в пользу реальности. Склонность к фантазированию и неспособность выходить за рамки фантазий различного, особенно концептуального типа, нужно признать одной из наиболее характерных черт аутизма. Плоды фантазии и отображение реальных явлений могут сосуществовать бок о бок, несмотря на их логическую несовместимость, либо первые на некоторое время получают перевес и доминируют в психической деятельности. Последнее наблюдается, в частности, у подростков, при бредоподобном фантазировании. Таким же образом у больных детей возникают явления перевоплощения, когда фантастические представления о себе определяют содержание самосознания и поведение: ребенок «заигрывается» и длительное время ведет себя как персонаж сказки, герой придуманной истории или какое-нибудь животное. По выходе из психотического состояния, содержание переживаний которого оказалось весьма далеким от действительности, аутичный больной зрелого возраста не может дать им реалистическую оценку, срастается с ними и долгое время считает их происходившими на самом деле, даже если они утратили для него прежнюю актуальность. Крайняя степень выраженности аутистической направленности мышления выражается в полном игнорировании законов действительности и логики, а также в том, что любая мысль становится эквивалентной реальности, несмотря на ее очевидное несоответствие с фактами. Аффективные реакции аутичных больных большей частью неадекватны, парадоксальны, поскольку возникают по поводу каких-то побочных, второстепенных обстоятельств, а не главного содержания происходящего, либо качественно извращены и прямо противоположны естественным в данной конкретной ситуации — паратимия. Так, больной протестует против запрета на курение в палате, возмущен сокращением времени пребывания на прогулке, нерациональным, по его мнению, кормлением, но остается равнодушным к факту госпитализации, оформления инвалидности, диагностики тяжелого заболевания. С другой стороны, его могут волновать чересчур общие проблемы, например, «страх войны, охрана окружающей среды, будущее человечества, голода в развивающихся странах» и все это в то время, когда поставлена на карту его собственная судьба и он потерял едва ли не все созданное долгим трудом прежних лет. Может наблюдаться необычайная легкость в смене настроения, свидетельствующая об отсутствии цельной аффективной установки, — утрата логики чувств. Настроение при этом колеблется чуть ли не поминутно так, что бывает невозможно определить, какое оно вообще. Эмоциональные реакции нередко лишены яркости, выразительности, характеризуются монотонностью, единообразием. Иногда субъективно достаточно живые аффективные отклики не получают выражения вовне, скрываясь за внешней индифферентностью. Экспрессивные акты в других случаях могут возникать как бы самостоятельно, без сопровождения соответствующих эмоциональных переживаний: «Слезы идут сами по себе, а в душе — не плачу». Таким же качеством обладают псевдоаффективные реакции гнева, страха,

ликования и др., за которыми не скрывается адекватного аффективного содержания. Существенной клинической особенностью аутичных больных является недостаток эмпатии — способности к сопереживанию, к непосредственному отклику на чувства других людей, что способствует усилению диссонанса между душевным состоянием больных и настроением окружающих.

Интрапсихическая атаксия. Утрата внутреннего психического единства, внутренняя противоречивость, мозаичность, разлаженность психических процессов, проявляющаяся несогласованностью душевных актов либо одновременным возникновением взаимоисключающих мыслей, эмоций, поступков. Данная особенность касается как дефицитарных, так и продуктивных психопатологических феноменов. Граница, разделяющая явления интрапсихической атаксии и объективные проявления психической диссоциации, может быть проведена условно, поскольку речь идет практически об одном и том же.

К числу достаточно ярких проявлений распада внутреннего психического единства следует отнести расстройства мыслительной деятельности в виде неясного мышления, характеризующегося недостаточной целенаправленностью и ослаблением логических связей между отдельными мыслями и выражающими их фразами; разрозненности или атаксии мышления с полной утратой логических связей между понятиями, шизофазией и мимо-говорением; амбивалентности мышления в виде одновременного возникновения мыслей взаимоисключающего содержания; двойного потока мышления, когда наряду с целенаправленно протекающими одновременно возникают вторжения «параллельных», «пересекающихся», чуждых личности мыслей либо больной ведет диалог с кем-либо из реальных лиц и в то же время «мысленно разговаривает с голосами» или ему «думается» о чем-то совершенно не относящемся к теме беседы. Резонерство, формализм, разноплановость, многоплановость, соскальзывания мышления, в которых фиксируются чересчур общие либо латентные признаки явлений, а действительно актуальные отодвигаются на периферию и постепенно теряют смысл, являются по существу выражением дискордантности мыслительной деятельности, утраты в ней интегративного начала.

Среди нарушений эмоциональной сферы несомненные признаки расщепления обнаруживают состояния растерянности, сопровождающиеся аффектом недоумения, смятением чувств, распадом мышления; аффективная амбивалентность, для которой характерно сосуществование полярного эмоционального отношения к одному и тому же объекту, например, любви и ненависти одновременно. Качество расщепления присуще также сочетанию аффективной тупости и эмоциональной гиперестезии, безразличия и тонкой чувствительности — «сплаву дерева и стекла». Дискордантность обнаруживается и в том, что эмоциональные проявления в разных ситуациях могут быть совершенно различными: «В школе я послушная, примерная, веселая, а дома — грубая,

упрямая, ленивая и злая...». Иногда больные называют это «раздвоением личности». Могут наблюдаться резкие, и недостаточно обоснованные, переходы от утрированно подобострастного, сдержанно холодного или жеманно-кокетливого поведения к развязности, недоверчивости, подозрительности, агрессивности. Яркий признак расщепления — парамимия — несогласованность душевного состояния и выразительных актов.

Нередко встречаются несоответствие содержания мыслей и высказываний господствующему аффекту — собственно интрапсихическая атаксия. Так, больные с маниакальным<sup>1</sup> аффектом могут высказывать суицидальные мысли, ипохондрические идеи, бредовые идеи преследования или обнаруживать разоблачительные и сутяжные установки. Нами наблюдался больной, который в маниакальном состоянии все свободное время проводил на кладбище, ухаживая там за могилами. Встречаются мании со ступором, идеаторным торможением вместо типичных в таких случаях психомоторного возбуждения и ускорения течения ассоциаций. Иногда отсутствует свойственная мании отвлекаемость внимания, появляется тенденция к фиксации внимания на узком круге представлений, к образованию сверхценных переживаний. Так, у одного из наблюдавшихся нами больного рекуррентной шизофренией во время маниакальных приступов всякий раз в стереотипной форме возникали сверхценные идеи ипохондрии здоровья; в начале фазы он начинал в большом количестве поглощать томатный сок, «насыщая организм витаминами». Могут встречаться маниакальные состояния с сенестопатиями, явлениями болезненного бесчувствия — расстройствами, значительно чаще наблюдавшимися при депрессии. Депрессивные состояния могут не сопровождаться признаками идеаторного и психомоторного торможения, чувством вины, самобичеванием, угрызениями совести, сенситивными идеями депрессивного содержания. Напротив, выявляются неприязненное, враждебное отношение к окружающим, злорадство при виде чужого страдания, желание делать «все назло, навред», причинять близким боль. Возникающие галлюцинации, бред не всегда сочетаются с адекватными аффективными реакциями, угрожающие «голоса» не вызывают естественного эмоционального отклика, «страшные видения» не сопровождаются страхом и т. п. Все это позволяет предполагать, что уровни расщепления могут быть разными, затрагивать различные инстанции личности, включая самые глубокие, биологические.

Признаки дискордантности могут быть обнаружены также в структуре некоторых сенсорных нарушений. Так, в явлениях аутометаморфопсии одновременно возникают симптомы макро- и микросомии («голова кажется увеличенной, а тело — уменьшенным...»), метаморфопсии — макро- и микропсии. В нарушениях коэнестезии нередко встречаются полярные сочетания болей и чувства потери ощущений, тяжести и легкости частей тела, сенсорной гипо- и гиперестезии. — «Справа в голове боли, а слева — онемение...». Феномены расщепления восприятия и нарушение способности к синтезу ощущений различной модальности также

могут служить иллюстрацией психического расщепления, касающегося в данном случае физиологических механизмов обеспечения единства личности. Значительно чаще диссоциация выявляется в галлюцинаторных и бредовых расстройствах.

Так, наблюдаются контрастирующие галлюцинации, содержанием которых являются диаметрально противоположные императивные или констатирующие обманы слуха, возникающие одновременно. Близко к ним примыкают «голоса» в виде диалога, резко расходящиеся в оценке личности больного. Могут возникать поливокальные вербальные галлюцинации, не объединенные общностью содержания, когда различные «голоса» говорят на совершенно разные, не связанные между собой темы. Одновременно могут восприниматься «голоса» на отдалении и звучащие «в голове», причем их содержание не совпадает, а иногда бывает прямо противоположным: «внешние» ругают, а «внутренние» — хвалят, первые говорят нелепости, вторые — разумные вещи. Встречаются «носительство» голосов с характерной при этом оторванностью их от личности: «Голоса — сами по себе, а я — сам по себе... Голоса говорят между собой, а я их подслушиваю... Голоса удивляются, что я их слышу...». Иногда голоса требуют от больного «через его мысли» сообщать им все, о чем он разговаривает с окружающими, так как «иначе они слышать не могут».

В бредовых расстройствах явления диссоциации могут обнаруживаться в том, что одновременно возникают идеи противоположного содержания, например, бред воздействия гипнозом и бред обладания гипнозом, бред бессмертия и нигилистический бред. Фабула манихейского бреда определенно указывает на факт внутреннего расщепления. Могут одновременно возникать различные бредовые идеи, совершенно не связанные между собой по содержанию. Иногда отсутствует связь между содержанием вербальных галлюцинаций и фабулой бреда, оба эти феномена существуют как бы независимо один от другого. Очевидным свидетельством аутистической природы бредовых переживаний является оторванность их содержания от реальности, эксцентричность, вычурность, непонятность, внутренняя противоречивость, а также включение в фабулу персекуторных идей близких лиц. Встречаются случаи «двойной бухгалтерии», когда одновременно с бредовой дается правильная оценка происходящему, сохраняется известная степень адекватного отражения действительности. Иногда больные становятся «носителями» бреда, как это имеет место при его инкапсуляции: бредовые идеи в данном случае не оказывают заметного влияния на поведение, хотя и сохраняют актуальность для больных. В явлениях психического автоматизма наблюдается нередкое сочетание полярных феноменов, например, ментизма и шперрунгов, насильственного говорения и блокады речи и т. д.

В двигательной сфере также могут сосуществовать полярные психопатологические феномены: явления адинамии и импульсивности, взаимоисключающие побуждения к деятельности,

признаки кататонического ступора и возбуждения и др. Нередко наблюдается сочетание общего моторного недоразвития с избирательным развитием корковой моторики и даже моторной одаренности, способностями к сложным видам ручной деятельности.

Признаки дискордантности могут быть выявлены также в нарушениях сознания, самосознания, критических функций, самооценки. Так, встречается феномен двойной ориентировки в окружающем — правильной и одновременно с этим бредовой или иллюзорно-фантастической. Могут сосуществовать адекватная и бредовая ориентировка в собственной личности. Больные могут безошибочно назвать дату происходящего в данный момент и наряду с этим считать, что идет другой год или столетие, локализовать себя как бы в двух измерениях времени. На явления расщепления указывают феномены раздвоения личности, чувство утраты единства тела, воспринимаемого как состоящего из отдельных несвязанных частей. Очевидным симптомом расщепления является переживание отчуждения от собственной личности, насильственности протекающих психических процессов. Нередко наблюдается двойственное отношение к факту заболевания — сочетание нозогнозии и анозогнозии. Больной может признать патологический характер галлюцинаций и бреда, но наряду с этим считать их содержание, отражающим действительность, реальными фактами. Или не согласиться с тем, что болен и не протестовать против пребывания в стационаре и проводимого лечения. Он может также считать себя неизлечимо больным, но в то же время строить далеко идущие планы на будущее, обнаруживать повышенную самооценку и идеи самоумаления одновременно.

Завершая этот, по-видимому, далеко не полный «каталог» признаков психической диссоциации, необходимо подчеркнуть, что факт их выявления отнюдь не доказывает автоматического диагноза шизофрении. Действительно, бредовые идеи, в сущности всегда связанные с аутистическими механизмами, на что указывал Е. Блейлер, могут возникать при многих других заболеваниях. Отгороженность, интравертированность, малая доступность больных, диссоциация аффективных, выразительных, идеаторных актов, явления деперсонализации, включая раздвоение личности, другие признаки дискордантности могут встречаться при целом ряде заболеваний, в том числе при органических поражениях центральной нервной системы, придавая им «шизофреноподобную» окраску. Они могут иметь место при некоторых интоксикациях, в частности, в структуре гашишного опьянения. Известно, далее, что у 12 % больных хореей Гентингтона в начале болезни наблюдается шизофреноподобное поведение. Иногда задолго до развития сенильной деменции возникают психотические состояния с шизофреноподобной симптоматикой — факт, послуживший основой для формулирования гипотезы о родственных отношениях, существующих между шизофренией и абiotрофическими процессами. Яркие проявления раздвоения описаны у больных, в свое время подвергшихся операции рассечения мозолистого тела. Упомянутые и подобные им факты трудны для однозначной их

оценки только в контексте шизофрении, либо ей противоречат. Несомненно, что именно при шизофрении явления дискордантности обнаруживаются с наибольшей частотой, достаточной полнотой и постоянством и могут быть прослежены на всех этапах течения болезни. При других заболеваниях личность в большинстве случаев сохраняет цельность, внутреннее единство, как в проявлениях болезни, так и в отношении к ней, а также к реальностям и ценностям внешнего мира. Шизофреноподобная окраска клинических проявлений может быть при этом связана с различными причинами. В качестве одной из них можно назвать сочетание какого-либо заболевания (реактивного, интоксикационного, соматогенного, экзогенно-органического) с латентной, протекающей на субклиническом уровне шизофренией. В других случаях речь может идти о сочетании с малопрогрессирующей, проявляющейся невротоподобными и психопатоподобными расстройствами шизофренией. Вполне реальной причиной, объясняющей шизофреноподобное качество возникающих психических расстройств, может быть формирование заболевания на фоне конституциональных особенностей личности, характеризующихся наличием аутистических черт (на это, в частности, могут указывать факты накопления аномальных реакций на ЛДС у родственников пробандов, страдающих шизофренией). Определенное значение имеют особенности экзогенной вредности, как это отмечалось на примере гашишного опьянения. По-видимому, нельзя полностью исключать возможность влияния некоторых генетических факторов (аутосомно-доминантный ген хорей Гентингтона, накопление среди больных шизофренией случаев трисомии X), а также воздействия условий среды, например, воспитания в семьях больных шизофренией.

Необходимо также отметить, что строго научного, общепринятого определения критериев дискордантности психической деятельности, по-видимому, не существует. Это понятие отличается некоторой расплывчатостью и является скорее клиничко-описательным, а его применение — условным. В связи с этим следовало бы считать наличие признаков диссоциации весьма существенным, но имеющим диагностическое значение при шизофрении лишь в сочетании с другими характерными симптомами и особенностями течения заболевания.

## **ГЛАВА 17. СИНДРОМЫ ЗАВИСИМОСТИ**

Синдромы зависимости описаны в настоящем разделе книги по той причине, что их место в систематике психопатологических синдромов остается неопределенным. Выделение синдромов зависимости носит скорее условный, клиничко-описательный характер. Кроме того, здесь выявляются болезненные феномены столь разного происхождения (токсического, органического, социального, конституционального), что клиничко-патогенетическая их оценка представляется делом будущего.

Синдромы зависимости составляют ядро клинических проявлений алкогольной и неалкогольной форм наркомании (морфинизм, барбитуромания, гашишизм), токсикомании (бензиновой и др.), лекарственной зависимости (пристрастия к психотропным препаратам), выражая различные степени пристрастия и привыкания к широкому кругу токсических веществ и лекарственных препаратов, обладающих психоделическими свойствами. В главных чертах симптоматика упомянутых заболеваний во многом совпадает, значительное сходство обнаруживается также в их динамике. В повседневной клинической практике наиболее часто встречается алкогольная зависимость — алкоголизм. По этой причине именно его проявления положены в основу данного описания. Существуют реальные перспективы того, что алкоголизм в ближайшие годы окажется вытесненным наркоманией в классических и новых, более агрессивных ее проявлениях.

Различают следующие виды синдромов зависимости: психическую, физическую и синдром измененной реактивности.

**Психическая зависимость.** Патологическое влечение к опьянению, преследующее цель устранить чувство психического дискомфорта. Например, с целью переживания субъективно приятных нарушений психической деятельности, то есть эйфории. На первый план могут выдвигаться иные эффекты опьянения, имеющие для пациента наибольшую ценность: релаксация, устранение тревоги, подавленности, преодоление неуверенности, повышение активности, обострение воображения, улучшение коммуникаций и др.

В качестве исходных, способствующих развитию психической зависимости факторов рассматриваются преморбидные личностные аномалии. Это, во-первых, незрелость личности, проявляющаяся интолерантностью к состоянию фрустрации, склонностью искать защиту и поддержку у окружающих или, по терминологии психоаналитически ориентированных психиатров, «оральной фиксацией»; недостаточностью положительной социальной мотивации, быстрым наступлением пресыщения в ходе деятельности, неспособностью принимать обдуманное, рациональное решение, несоответствием уровня притязаний действительным возможностям, повышенной внушаемостью и др. Фактически речь идет о невротической личности со свойственными ей внутренней противоречивостью, стагнацией, защитами, эгоцентризмом, ориентацией на субъективные личные ценности. Во-вторых, это наличие конституционально либо органически обусловленного психопатического склада и акцентуации личности с астеническими, эксплозивными, истерическими, неустойчивыми и аутистическими чертами характера, препятствующими адекватной социальной адаптации, что, в свою очередь, порождает конфликтные ситуации, создает предпосылки к неконтролируемым аффективным реакциям, является причиной длительных состояний психоэмоционального напряжения. В формировании психической зависимости существенное значение имеют нервные перегрузки, служебные и



творческие неудачи, неудовлетворенность в личной жизни, одиночество и лишения, утраты, отсутствие условий для реализации жизненно важных целей и др. Немаловажная роль отводится достаточно широко распространенным в обществе формам отношения к употреблению алкоголя и наркотиков: упрочившиеся традиции неумеренности, атмосфера снисходительности и терпимости, явное и скрытое поощрение, прямое психологическое давление, распространение сведений о необыкновенной привлекательности опьянения и элитарности лиц, понимающих это; доступность опьяняющих веществ, реклама и др. Нельзя не упомянуть и о роли неглубоких аутохтонных сдвигов настроения, замаскированных токсикоманическими проявлениями, что встречается, вероятно, не столь уж редко.

Первым и основным звеном становления психической зависимости является видоизменение клинической картины опьянения, наступающее некоторое время спустя после первого контакта с токсическим веществом и выражающееся формированием эйфории. С этого момента возникает желание вновь повторить это состояние, появляется психическое влечение (Морозов, Боголепов, 1984). Следует все же отметить, что психические нарушения в опьянении далеко не исчерпываются собственно эйфорией, понимаемой как состояние безмятежности, довольства и отрешенности от реальных проблем. Помимо эйфории в опьянении наблюдаются другие расстройства психики характер которых в первую очередь определяется видом употребляемого токсического вещества (Пятницкая, 1975). Было бы, конечно, упрощением принимать в качестве основной только что описанную модель формирования психического влечения. Она, пожалуй, адекватна для экспериментальных животных, но едва ли подходит человеку, все реакции которого опосредованы его личностью. Эйфория в опьянении наблюдается у большинства здоровых людей, но, к счастью, не все видят в ней ту цель, ради которой готовы принести в жертву все остальное. Пожалуй, наиболее полиморфной является клиническая картина гашишного опьянения. Наряду с подъемом настроения здесь встречаются расстройства схемы тела, метаморфопсия, нарушения восприятия качества цвета, сенсорная гиперестезия, явления телесной анестезии, деперсонализации и дереализации, ментизм, смешливость, болтливость, сменяющаяся затем аффективной индукцией и страхами, дурашливость и др. На высоте опьянения может возникать спутанность сознания, чаще в виде делириозного помрачения с интеллектуальным и двигательным возбуждением, сенестопатическими ощущениями, яркими иллюзиями, устрашающими галлюцинациями, фантастическими представлениями. Разнообразны соматоневрологические и вегетативные признаки гашишного опьянения: несистемное головокружение, мидриаз, вялая фотореакция зрачков, гиперемия кожных покровов и склер с последующей их бледностью, парестезии, нистагм, дизартрия, булимия («свиньяк»), повышение либидо, нарушения координации движений, жажда («сушняк»). На выходе из опьянения часты страхи, фобические реакции («шугняк»).

Для опио-морфинной интоксикации характерны переживания полного покоя и отрешенности от реальности — «нирвана», чувство блаженства, восторга и счастья, ощущения легкости тела, его невесомости и полета, достигающие степени телесной анестезии; явления образного ментизма, сужение сферы сознания, сосредоточенность внимания на субъективных переживаниях. Следует подчеркнуть, что восторженные описания пациентами своих переживаний выражают скорее особое отношение к опьянению, чем то, каким оно бывает на самом деле. Нужно иметь также в виду, что клиническая картина и восприятие опьянения во многом зависят от ожиданий, предвосхищений; другими словами, на опьянении и его оценке сказывается влияние самовнушения. Фактически мы сталкиваемся с феноменом положительного плацебо-эффекта (при отрицательном плацебо-эффекте самовнушение оказывает противоположное действие, в частности, вызывает непереносимость лекарств, усиливает побочные эффекты их действия). В клинике морфийного опьянения наблюдаются, кроме того, миоз, бледность, сухость кожных покровов и слизистых, артериальная гипотония, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. Психотических симптомов (галлюцинаций, бреда, спутанности сознания) обычно не возникает. Опьянение кодеином несколько отличается от морфийного: преобладают направленность внимания и активности на внешний мир, характерны психомоторное оживление, выявляются повышенная контактность и говорливость. Клиническая картина барбитуровой интоксикации напоминает алкогольную. Наблюдаются эйфория с эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью, агрессивностью и расторможенностью. Выявляются также мидриаз, гиперемия кожных покровов и склер, нистагм, дизартрия, дисметрия, атаксия, диплопия.

При опьянении галлюциногенными веществами могут возникать острые и скоротечные панические реакции, характеризующиеся страхом смерти, нарушениями схемы тела, галлюцинаторно-бредовыми явлениями, а также ощущениями остановки дыхания или паралича — «больное путешествие», «badtrip». Иногда приводит к несчастным случаям или к суицидальным попыткам.

Указанные картины опьянения наблюдаются обычно после приема повышенных доз или при нарушении обычного способа введения препарата.

Как упоминалось, страдающие наркоманией описывают свои ощущения в выражениях, подчеркивающих необычайную привлекательность опьянения, говорят о необыкновенном наслаждении, невыразимом восторге, бесконечном счастье, утверждают, что ничего подобного до употребления наркотиков им испытывать не доводилось и ничто «в этой унылой и грубой жизни» не идет в сравнение с тем, что переживается в опьянении. Между тем не у всех, кто испытал на себе действие наркотиков, появляется такое отношение к опьянению; большинство отдает все же предпочтение радостям реальной жизни. Столь разительный контраст в оценках опьянения и обычного состояния у больных

наркоманией может указывать на то, что некоторые из них страдают скрытой депрессией с типичной для последней утратой чувства приятного.

В алкогольном опьянении эйфория менее выражена и не оставляет сильного впечатления. Тем большее значение приобретают обстоятельства, сопутствующие опьянению: разнообразие спиртных напитков и вкусной пищи, развлечения, секс, атмосфера откровенности, располагающая к расслаблению и покою, занимательная беседа, музыка. В немалой степени это свойственно другим формам зависимости. Опьянение инициирует скорее, не собственно эйфорию, оно лишь повышает готовность к ней, вследствие чего требуется дополнительная эмоциональная стимуляция. Существенную роль в привлекательности опьянения играют также расторможенность, регресс мотивации и поведения, привносящие в самовосприятие ощущение свободы, раскрепощенности, естественности побуждений и поступков. Пациенты склонны идентифицировать самовосприятие в опьянении с самовыражением, с раскрытием своей внутренней сущности, освобождением от чуждых личности сопротивлений, а также от опасений внешней агрессии, поскольку случившееся с пациентом будет списано ими на счет опьянения. Подобное отношение к поведению опьяневшего чрезвычайно распространено — человек не волен в своих действиях, это уже не его поступки, поскольку они обусловлены опьянением и он не несет за них ответственности. Это проявление защитного механизма, известного как инсуляция, в чем-то родственного деперсонализации. Сошлемся на пример из художественной литературы.

В новелле «Маска Хеттоко» А. Рюноскэ (1912) намного опередил психиатров, одним из первых указав, что спиртное употребляется «не только из физической потребности», но «и по психологическим причинам», причем именно последние могут сделать невозможным прекращение пьянства. Автор рассказывает о больном, который в опьянении полностью преображается, становится совсем другим человеком и ведет себя совершенно иначе, нежели трезвым: то, чего он потом стыдится, почти всегда совершается в пьяном виде. Он делает при этом то, что хочет: танцует, спит, играет в цветочные карты..., и никто не может упрекнуть его. А это для него «важнее всего».

Мотивы употребления алкоголя, пожалуй, более разнообразны и лучше изучены, нежели мотивация приема наркотиков, где, как считается, с самого начала, доминирует стремление к эйфории. Попытки систематизировать мотивы алкогольного опьянения предпринимались неоднократно. Одна из лучших принадлежит В. Ю. Завьялову (1982), который выделяет следующие виды мотивации.

Гедонистическая — прием алкоголя связан с жадой удовольствий, стремлением к чувственным наслаждениям, с эпикурейскими наклонностями.

Рассуждения больных сводятся при этом к следующему: «Почему я должен отказать себе выпить? Ведь жизнь-то одна, другой не будет. Кто может сказать, что случится завтра? И вообще: для чего жизнь, если лишать себя ее радостей?». По-видимому, во все времена данный вид мотивации был одним из наиболее распространенных, о чем свидетельствуют даже памятники литературы. Кажется, Еврипиду принадлежат слова: «Не дали боги разума тому, кто пьет вино, не радуясь ему». По преданию, в древнем Египте на пиршества вносили огромное изображение смерти, напоминая тем самым: «Пейте и веселитесь, ибо скоро все вы будете такими же!». С клинической точки зрения особенно важно, что в гедонистической ориентации не чувствуется глубокой привязанности к жизни и более того, угадывается настроение обреченности и безысходности, скрывающееся в тени потребности чувственной стимуляции. Жажду наслаждений Л. Н. Толстой считал оборотной стороной самоубийства, то есть выражением внутренней опустошенности и депрессии.

Атарактическая — алкоголь употребляется с целью смягчить состояние эмоциональной напряженности, тревоги, беспокойства, подавленности, страхов, неуверенности.

Больные мотивируют прием спиртных напитков стремлением «отключиться» от горьких воспоминаний, навязчивых опасений, тревожных предчувствий, объясняют время от времени возникающей необходимость «разрядиться, расслабиться, успокоиться, собраться с мыслями, перевести дух», потребностью «оглушить себя, забыться, выключить сознание и ни о чем не думать, вырубиться...». Невротики вообще плохо переносят состояние душевной боли. Возможно потому, что не видят в этом смысла — страдание во имя чего-то очень важного переносится совсем иначе. Такая мотивация свидетельствует, кроме того, об очевидных аффективных нарушениях, природа которых может быть различной: невротическая депрессия, психопатические фазы и реакции, алкогольная депрессия. Нельзя исключить и возможность эндогенных колебаний настроения.

Субмиссивная — употребление алкоголя связано с повышенной подчиняемостью, с неспособностью незрелой личности противостоять натиску пьющих, оградить себя от негативных влияний, с нежеланием отвечать за свои действия.

Больным владеет стадное чувство «быть как все, не выделяться, не быть белой вороной». Не сопротивляясь внешнему давлению, они не могут также контролировать внутренние импульсы, то есть являются внутренне зависимыми. Субмиссивная мотивация, таким образом, только маскирует остающиеся неосознанными побуждения к опьянению.

Мотивация с гиперактивацией поведения — алкоголь употребляется в качестве допинга, для того, чтобы поднять тонус, стимулировать

воображение и творческую деятельность, улучшить работоспособность.

Формулировка мотивов выглядит следующим образом: «Требуется подхлестнуть себя, подстегнуть лошадку... Пью, когда устаю, чтобы взбодриться... Ничего не хочется делать, выпьешь — энергия появляется... Трезвым трудно быть на сцене, все получается лишь в опьянении... С женщинами бывает все хорошо, если выпиваю...». Уместно привести по этому поводу любопытную подробность. У племен древних готов существовал обычай: все важные решения обсуждать дважды — в опьянении, а затем на трезвую голову. Первый раз для того, чтобы решения были более энергичными, а другой, — чтобы придать им больше благоразумия.

Псевдокультуральная мотивация — употребление алкоголя отражает желание привлечь к себе внимание окружающих утонченным знанием редких напитков, особых рецептов коктейлей, изысканностью ритуала выпивки, стремлением почувствовать принадлежность к высшему свету, к золотой молодежи. Пациенты демонстративно подчеркивают, что не имеют ничего общего с рядовыми «сивушниками, которым только и надо, чтобы залить мозги чем попало».

Традиционная мотивация — употребление алкоголя по санкционированным в данной микросреде поводам (праздники, банные дни, банкеты и пикники, деловые встречи «и мн. др.»). Больные умело используют любой удобный для выпивки случай, искусно создают новые питейные ситуации, ловко втягивая в них окружающих, что долго маскирует патологическую потребность в опьянении.

Приведенная классификация, как и другие подобные, статична не отражает всего многообразия мотивов, их связи с личностной структурой, возрастом и динамикой болезненных изменений. Остаются неясными особенности мотиваций опьянения, отличающие болезни зависимости от бытовых и симптоматических форм наркотизма. Нет четкости в представлениях о последовательности, в какой развивается патологическое влечение к опьянению. Кроме того, косвенно утверждается, что мотивы алкогольного опьянения существенно отличаются от таковых при других формах наркотизма. Анализ мотивации опьянения является важным по той причине, что позволяет получить ценную информацию о личности пациента и ее болезненных отклонениях. Следует лишь заметить, что изучение мотивации не сводится к механической констатации высказываний пациентов. Изучение обычно показывает, что истинные мотивы опьянения не всегда совпадают с тем, что пациенты говорят по этому поводу.

Предлагаемая ниже систематика мотивов опьянения не претендует на решение указанных проблем, но некоторые неясности могла бы, кажется, устранить.

Все виды мотивов приема одурманивающих субстанций могут быть поделены на четыре основные группы, каждая из которых характеризует определенный уровень побуждений личности: это мотивы, в которых проявляются духовные качества личности; социально-психологические, отражающие отношение человека к социальной среде; психологические, выражающие отношение человека к самому себе; витальные, связанные с базисными структурами личности (настроение, активность, биологические потребности).

Мотивы первой группы связаны с экзистенциальной фрустрацией — невротической или психогенно обусловленной блокадой стремления к осмысленной жизни и переживанием смыслоутраты. Опыание представляет собой попытку устранить эмоциональные последствия такой фрустрации: разочарование, скуку, состояние внутреннего опустошения, смятение и растерянность. Подобные мотивы не следует смешивать с теми, что имеют в виду пациенты, когда утверждают, что без опыания жизнь теряет смысл. Такие заявления чаще свидетельствуют лишь о том значении, какое опыание имеет для пациента, независимо от характера блокированных потребностей.

Употребление опыняющих субстанций может быть обусловлено тяжелыми, невосполнимыми потерями, утратой или дискредитацией важнейших ценностей, а также ситуациями, которые препятствуют достижению стратегических целей личности, либо мешают осознанию своего призвания. Человек может предпочесть опыание, если не видит смысла в том, что его окружает, не находит того, что ему нужно, либо потому, что не может найти в себе качеств, необходимых для осуществления основополагающих ценностей. Если потерявший опору человек начинает, к примеру, выпивать, он не может рассчитывать на обретение утраченных символов веры. В лучшем случае он может на время почувствовать, что его положение не столь уж безнадежно. И увидев это, продолжить искания в реальном мире, вне опыания. Но может быть и так, что последнее станет желаемым, как то спасительное состояние, в котором безразлично, есть ли в этой жизни смысл вообще. Глубокое разочарование и внутренняя опустошенность часто ведут к наркомании, существуют и «горькие пьяницы». В пьянстве глубоко несчастных и отчаявшихся людей заключен немалый риск развития болезненного пристрастия. Экзистенциальная мотивация опыания свойственна индивидам зрелого и среднего возраста, потрясенным внезапной утратой оснований жизни, потерявшим надежду осуществить свои планы или незаметно разменявшим себя на разного рода мелочи. Более типичны при этом разочарование, потеря веры в себя. Отношение к внешнему миру не меняется и пациенты обвиняют не жизнь, а видят причину происходящего в себе. Переживание смыслоутраты может стать причиной ухода в опыание в юношеском возрасте. Молодых людей чаще толкает на это разочарование в господствующих общественных ценностях, нежели в своих возможностях, так что опыание становится суррогатом, заменяющим действительность, о которой они мечтают.

Как указывает В. Франкл, у 90 % больных алкоголизмом и 100 % пациентов с наркоманией выявляется потеря смысла существования.

По-видимому, экзистенциальная мотивация опьянения чаще всего встречается у пациентов с ноогенным неврозом. Возможно, что она является нередкой и у больных с затяжными депрессиями иной этиологии. Если пациентам не будет оказана своевременная и достаточная психологическая, а также психиатрическая помощь, симптоматическая наркотизация может со временем трансформироваться в алкоголизм или наркоманию. Вряд ли можно присоединиться к пациентам в том, что опьянение позволяет глубоко переживать подлинные ценности жизни. Творческая личность в опьянении ничего нового не создает, скорее она довольствуется обманом самовыражения. Опьянение не добавляет ничего к тому, что человек имеет. Кажется очень спорным мнение о том, что для — некоторых наркотиков существуют исключения из этого правила. Между тем такое мнение подкрепляют ссылками на религиозные традиции. Действительно, Магомет, категорический противник алкоголя, счел возможным сделать исключение для гашиша. Будда, охраняя единоверцев от вина, пробуждающего низменные страсти, поучал, что гашишное опьянение очищает и возвышает душу. Со всей определенностью нужно подчеркнуть: осознание подлинных ценностей требует особой духовной ясности и просветленного ума. Даже в легком опьянении ценностные представления подвержены сильным искажениям. Вторая группа мотивов опьянения имеет своим источником социально-психологические свойства личности и связана со стремлением к утверждению групповых ценностей. Индивидуальные мотивы поведения при этом как бы растворены в побуждениях, присущих всем членам социальной общности. Следуя в направлении групповых целей, человек в то же время действует и от своего имени, поскольку они отвечают его собственным намерениям. Так, групповые мотивы опьянения могут быть связаны с соответствующими традициями. Основной смысл коллективного опьянения заключается в единении членов группы вокруг каких-то идей, принципов, целей. Опьянение, следовательно, носит символический характер. Практика ритуального опьянения использует известную с давних пор закономерность: совместное опьянение нивелирует личность, настраивает всех членов на одинаковую эмоциональную «волну», сближает людей друг с другом. Традиционные мотивы опьянения не являются патологическими, если, конечно, обычаи не размыты влиянием зависимых лиц. Традиционная мотивация может быть также маской, скрывающей проявления симптоматического и патологического влечения к опьянению.

Другая форма групповой мотивации опьянения отражает желание «быть как все», «не выделяться» на фоне окружающих, не быть среди них «белой вороной», а по существу — освободить себя от ответственности за свое поведение. Потребность в отождествлении с другими нередко сталкивается с иными стремлениями, порождая внутренний конфликт. Пациенты при этом отмечают, что выпивают вопреки своей воле, «не могут» отказаться от приглашения, устоять

под давлением товарищей. Потребность в опьянении в последнем варианте свидетельствует о высокой внешней внушаемости личности. Подчиняемость указывает на незрелость, инфантилизм, связанный с болезнью, регресс личности, невротическое состояние. Что касается подростков и детей, то совместная наркотизация отражает возрастные психологические особенности и может рассматриваться в контексте патохарактерологических реакций группирования.

Вместе с тем под маской конформности иногда скрывается наркотическая зависимость. Имеются в виду пациенты, участвующие в группе вне связи с какими-то психологическими проблемами, причем одна группа легко заменяется другой. Главной причиной опьянения является все же болезненное влечение. В одно и то же время существует, таким образом, несколько мотивов опьянения. Мотивы могут меняться также от одного эксцесса к другому в зависимости от того, какой уровень побуждений личности доминирует в это время. Происходит нечто вроде расщепления личности, связанного с утратой интегративного начала. Сопутствующие внутреннему разладу колебания, а также последующие раскаяние и самобичевание только подтверждают факт кризиса.

У пациентов с очевидными проявлениями наркотической зависимости групповые формы опьянения чаще всего таковыми уже не являются. Создаются лишь временные, эфемерные и очень рыхлые ассоциации больных, объединяемые только тем, что сообща легче найти средства к опьянению. Сама компания, общение внутри группы во время опьянения больного не интересуют, он сосредоточен, в основном, на внутренних эффектах опьянения.

Третья группа мотивов опьянения ассоциирована с потребностями, ориентированными на самого себя: с помощью опьянения индивидуум пытается изменить свое состояние, самовосприятие или отношение к окружающему.

Так, опьянение у подростков нередко связано со стремлением к самопознанию, рефлексии. Изменения, происходящие в субъективном мире, вызывают в этом возрасте особый интерес и порою побуждают к глубоким размышлениям. Подросток впервые открывает у себя свой внутренний мир, часто застывая на его пороге с удивлением, растерянностью и смятением. Отсюда то острое любопытство, которое вызывает опьянение, если к тому же оно сопровождается значительными психическими нарушениями. Необычайные переживания, галлюцинации, фантастические представления, подъем настроения, страхи — все это кажется загадочным, поражающим воображение, таинственным. В сравнении с ними обыденные впечатления явно проигрывают в своей сенсационности и привлекательности. Если же подросток до опыта опьянения был лишен увлекательных занятий, развлечений, серьезных интересов, то психоделические эффекты могут показаться еще более интересными. К этому добавляется иногда и момент



состязательности: рассказывая друг другу о впечатлениях об опьянении, подростки находят самые удивительные, завидуют товарищам и в свою очередь хотят испытать нечто подобное. Тем самым формируют свои ожидания предстоящих опьянений в надежде, что последние будут еще более причудливыми. По этой же причине дети и подростки пробуют разные психотоксические субстанции в поисках того, что им больше понравится.

К опьянению может побуждать чувство неполноценности. Выключая критические или, лучше сказать, репрессивные инстанции личности, опьянение устраняет переживание собственной ущербности. Более того, компенсаторное представление о мнимых и преувеличенных своих достоинствах уже не кажутся фантазией или мечтой, если наступает регресс сознания. Бахвальство, куражи и яркие выдумки о заслугах, связях, богатстве и способностях субъективно воспринимаются, совсем иначе: опьяневший принимает их за чистую монету. Подростки, обиженные тем, что их считают детьми, несмышлениками, «сосунками», используют опьянение для отождествления со взрослыми людьми. В опьянении им действительно кажется, что они уже далеко не дети. К опьянению могут прибегать подростки, недовольные своей внешностью, считающие себя недостаточно мужественными. Чаще всего речь идет о преходящих дисморфофобических реакциях, смягчающихся под влиянием неглубокого опьянения. Опьянение используется также для отождествления с кумирами публики, элитой общества. Это свойственно лицам с комплексом социальной неполноценности.

Мотивы опьянения могут быть обусловлены недовольством своим характером. Так, затруднения в контактах нередко преодолеваются посредством неглубокого опьянения. Боязливые, застенчивые и стеснительные люди выпивают, чтобы почувствовать себя сильными, смелыми и уверенными. Робкий и нерешительный подросток курит или выпивает перед танцами, где он теряется перед девушками и вынужден уступать более нахальным сверстникам. Серьезная психологическая проблема многих подростков состоит в том, что им не хватает чувства внутренней определенности, ощущения стабильности, того внутреннего стержня, который является опорой зрелой личности в трудные минуты жизни. Неопределенность, смятение, состояние, когда не знаешь, чего можно ждать от самого себя, заставляет молодых людей прибегать к опьянению в поисках цельного образа своего «Я» и утраченного с окончанием детства ощущения внутреннего рая.

Мотивы опьянения могут быть связаны также с потребностью в самовыражении. В условиях, подавляющих личность, в обстановке жесткой регламентации поведения человек может усмотреть в опьянении то средство, которое дает ему возможность выразить протест, заявить о себе, «почувствовать самого себя» или же «просто так» делать что угодно, но только бы это исходило от собственного «Я». Встречаются пациенты, которые заявляют, что лишь в опьянении они действуют от своего имени и видят себя такими, каковы они на самом деле. Поведение в трезвом состоянии многие

невротики оценивают как навязанное, вынужденное, не характеризующее их подлинную сущность. Подобные утверждения, вероятно, не всегда нужно считать вымыслом или попыткой самооправдания. Сведения о некоторых пациентах от окружающих свидетельствуют о том, что опьянение как бы «раскрывает» пациента, обнаруживает лучшие качества, делает его добрым, внимательным и заботливым, хотя значительно чаще, увы, бывает наоборот.

Последняя группа мотивов опьянения связана с витальными потребностями, коренящимися в основании личности.

Побуждения к опьянению связаны с невротическими нарушениями сна, аппетита, общего самочувствия, половой функции, настроения. Так, употребление алкоголя может быть обусловлено стойкими нарушениями сна, а легкое опьянение способствует более быстрому засыпанию. Столь же часто небольшие дозы алкоголя используются для повышения аппетита. До сих пор встречаются пациенты, пристрастившиеся к выпивкам по советам врача, и нелегко определить, кто тут больший невротик — пациент или сам врач. Подобные советы иногда адресуются детям, родители которых не в меру обеспокоены тем, что те мало едят. Чаще это касается детей дошкольного возраста, которым вообще свойственно снижение аппетита. Нередко алкогольное опьянение рекомендуется как народное целебное средство, полезное при простудных заболеваниях. Некоторые люди привычно прибегают к выпивкам, если чувствуют физическое недомогание. Они уверены, что это определенно им помогает, как вылечить, так и предупредить болезнь. Весьма часто опьянение считают средством борьбы с утомлением, и регулярно практикуют его после тяжелого рабочего дня или в конце недели. Упомянутые симптоматические формы приема алкоголя как бы предвещают появление в будущем физического или вторичного влечения к опьянению.

Мотивы опьянения иногда вытекают из болезненной вялости, отражают нарастающую аспонтанность, снижение общей активности. В частности это характерно для наркоманов, которые становятся вялыми, безынициативными, бездеятельными, ощущают увеличивающийся дефицит психической энергии. Опьянение используется как допинг, позволяющий на время «взбодриться». Это оживление редко бывает чрезмерным и продолжительным, большей частью оно не достигает доболезненного уровня психической активности. Самостимуляция часто встречается также у пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Это может быть связано со снижением половой активности и психогенной импотенцией. Пациенты убеждены, что опьянение повышает половую функцию и интимные контакты неизменно предвещают приемом спиртного, избегая сближения в трезвом виде.

К числу особенно частых, во всяком случае, наиболее известных мотивов опьянения, относится неудовлетворенность душевным состоянием. Алкоголь, наркотики и токсические субстанции

используются при этом для подъема настроения. Направленность поведения на себя по сути своей деструктивна и свойственна невротической личности, избегающей контактов с внешним миром.

Другой стороной гедонистической мотивации является устранение посредством опьянения напряжения, подавленности, волнения. Указанные эмоциональные нарушения могут быть следствием разных причин: внутренних и внешних конфликтов, неудач, соматического неблагополучия, хронической интоксикации, психических заболеваний, декомпенсации, органической патологии головного мозга. Важно помнить о скрытых депрессивных состояниях. Пациенты с депрессией, особенно дети и подростки, не могут ясно описать свое состояние. Тем не менее они говорят о «скуке», о том, что им «нечем заняться» или «ничего не хочется делать», что им «все надоело» или «все стало противно». Сообщают о «лени», о том, что им редко бывает смешно, весело или радостно, отмечают, что все происходящее кажется слишком будничным, унылым, однообразным. Некоторые обеспокоены раздражительностью, жалуются, что все почему-то их «бесит». Депрессивные дети отличаются от сверстников отсутствием жизнерадостности, подвижности, большей частью бывают хмуры, сосредоточены, молчаливы. Как правило, медленно соображают, а некоторые прямо указывают на тупость и отсутствие ясности в голове. Дети могут быть также чрезмерно ранимыми, впечатлительными и боязливыми, временами же становятся дерзкими, вспыльчивыми и даже агрессивными. Часто выявляются нарушения сна, аппетита, вегетативной регуляции, повышена утомляемость. Депрессия у детей и подростков проявляется разными формами отклоняющегося поведения, включая аддиктивное.

Витальный уровень мотивации опьянения характеризует и «тяга» к приему одурманивающих средств, лишенная ясного психологического содержания. Это время от времени появляющееся интенсивное влечение к опьянению с характерным, нередко правдоподобным, отставленным переживанием его насильственности и императивности. Попытки подавить это влечение успеха чаще всего не имеют. Не исчезает влечение и там, где на его пути возникают внешние препятствия. Более того, фрустрация потребности в опьянении может привести к возрастанию интенсивности влечения. По сообщениям пациентов, его основу составляет плохо дифференцированное чувство общего неблагополучия. Оно складывается из ощущений физического дискомфорта и подавленного настроения, причем последнее делает состояние особенно мучительным или даже невыносимым. Психологическое влечение как бы переходит в физическое, сходное с такими биологическими потребностями, как голод и жажда. Влечение к опьянению отличается, кроме того, ненасыщаемым характером, не исчезает и даже усиливается в опьянении, иногда сопровождается иллюзиями и обманами восприятия.

Последовательность настоящего описания мотивов опьянения в целом соответствует динамике их смены по мере развития заболевания. Она постепенно отражает углубляющийся регресс

личности и прогрессирующее снижение уровня мотивации. Обычно у пациента выявляется несколько мотивов, но лишь один из них преобладает, именно он характеризует состояние личности. Мотивация опьянения зависит также от исходного уровня развития личности. Эгоцентрическая личность с самого начала будет ориентироваться на опьянение как средство достижения эйфории, более высокого уровня может вообще не быть.

Таким образом, в развитии болезненной потребности в опьянении ясно различаются три стадии: традиционная, симптоматическая и компульсивная. Последняя является, очевидно, заключительным этапом невротического развития личности. Не имеет при этом значения, употребляет ли пациент алкоголь, гашиш или какие-то другие опьяняющие субстанции.

Собственно болезненное или компульсивное влечение отличается от других побуждений к опьянению рядом особенностей, имеющих важное клиническое значение.

Этими особенностями являются:

— цели, которые преследует опьянение, не связаны с внешней активностью, или иными словами, преобладает внутренняя, направленная на себя мотивация;

— патологическое влечение возникает спонтанно, осознается насильственным, чуждым собственной личности, не подавляется сознательными усилиями. Более того, подавление, в том числе и внешнее, стимулирует ситуацию фрустрации и, как правило, приводит к резкому усилению влечения;

— отсутствует четкое психологическое содержание потребности в опьянении и субъективно она воспринимается как необъяснимая, болезненная тяга;

— патологическому влечению к опьянению сопутствует реакция личности на болезнь в виде чувства вины, тревоги и страха, оно сопровождается интенсивными идеями отношения, а также различными психологическими защитами (рационализация, вытеснение, отрицание реальности, гиперкомпенсация).

В структуре психической зависимости заметное место занимают некоторые особенности отношения пациентов к факту неумеренного употребления опьяняющих веществ, приобретающие в ряде случаев явно односторонний, сверхценный характер. Это проявляется рядом клинических признаков, имеющих диагностическое значение.

Так, обнаруживаются фиксированные эмоционально-положительные реакции на различные ситуации, благоприятствующие употреблению опьяняющих веществ. Представления об опьянении устойчиво окрашены яркими положительными тонами и прочно доминируют в сознании больных. При одном воспоминании о выпивках лицо

страдающего алкоголизмом озаряется веселой улыбкой, поднимается настроение, становится заметным оживление. Задолго до праздников, торжеств, дней получения денег больные живут радостным предвкушением выпивок, ожиданием предстоящего удовольствия. Возможность скорой выпивки будоражит, окрыляет, алкоголь начинает действовать как бы до начала опьянения. В воспоминаниях о событиях периода опьянения преобладают приятные эпизоды, а негативные оттесняются на второй план и вскоре утрачивают актуальность. В спонтанных высказываниях больных алкоголь упоминается большей частью в благожелательном контексте, значительно реже встречаются отрицательные оценки. Появление хорошего настроения вообще ставится в зависимость от употребления алкоголя и чаще всего рассматривается как его результат.

Отрицательные последствия пьянства больные пытаются связать с разного рода ситуационными моментами, а не действительной и главной причиной, каковой большей частью является злоупотребление алкоголем. Виновными в неудачах оказывается все, но только не сам больной и его пьянство — выпивки лишь помогают ему устоять перед трудностями, как-то пережить их и вдобавок ко всему сохранить присутствие духа. Постоянно подчеркиваются положительные аспекты действия алкоголя, который, если поверить больным, является чуть ли не чудодейственным средством, полезным на все случаи жизни. Так, широко распространены представления о его высоких целительных свойствах: это «лекарство», которое отлично успокаивает, «снимает» стресс, повышает адаптацию, улучшает сон, аппетит, устраняет половую слабость, помогает при многих заболеваниях. Рассказываются легенды о способностях алкоголя возвращать к жизни, когда оказываются бессильными медикаменты и врачи. Страдающие алкоголизмом в большинстве своем не только не считают себя больными, они уверены, что застрахованы от этой опасности. Считается, что употребление алкоголя является выражением лучших человеческих качеств. Вовсе не редким и отнюдь не случайным является убеждение в том, что «порядочные люди — это всегда пьющие, и так на Руси было издавна». Больные думают также, что именно употребление алкоголя дает ощущение полноты и осмысленности жизни, без этого она была бы лишена своей притягательной силы.

Трудно не согласиться с разумностью мысли, приписываемой Магомету: «Не пей вина и майсира, ибо в них обоих есть вред и некая польза. Только вред этот больше пользы». Мнение большинства больных по этому поводу выглядит совсем иначе. Вероятно, не случайно алкоголизм называют иногда «химической религией» — реальные отношения в сознании больных отражены в явно искаженном виде.

Формируется алкогольная система личностных ценностей, где опьянение становится главным и смыслообразующим мотивом поведения. Все, что препятствует употреблению алкоголя, обесценивается, подвергается осуждению, остракизму, а то, что

этому способствует — рассматривается как положительное явление. Это напоминает проявления рационализации — защитного приема в двух его ипостасях — «кислого винограда» и «сладкого лимона». Контрастными, как на негативе, становятся представления о человеческих ценностях. Непьющие — это люди больные или не заслуживающие доверия, с ними трудно найти общий язык. Друзья — это те, с кем всегда можно выпить. Тот, кто осуждает пьянство больного, почти всегда становится объектом неприязненного отношения. Работа — это не способ самоутверждения, а лишь средство добывания денег, и, в конце концов, неважно, где и кем работать, было бы на что выпить. К тем, кто не пьет, больные относятся иногда свысока либо с сожалением: «Не понимают жизни». Осуждаются и бытовые пьяницы, кто, «как скот, пьет лишь в специально отведенные для этого дни». Патологическое пристрастие часто вытесняется и может вовсе не беспокоить больных. Они не только не в силах оставить пьянство, хотя и уверяют, что это равно ничему им не стоит, многие не хотят, а некоторые открыто заявляют, что употребление алкоголя составляет главное содержание их жизни: «Пил, пью и буду пить». С появлением психической зависимости меняется форма употребления алкоголя. Эпизодический, обусловленный существующими традициями прием спиртных напитков сменяется регулярным, систематическим, иногда постоянным. Все больше времени больные стремятся проводить в опьянении, многодневное пьянство не ведет к развитию отвращения к алкоголю. В периоды воздержания может возникать чувство психического дискомфорта: необъяснимая неудовлетворенность, немотивированное снижение настроения, ощущение неполноты жизни, несобранность внимания, потеря интересов. Употребление алкоголя и наркотиков коренным образом перестраивает деятельность больных. Вместо целенаправленной активности, ориентированной на преодоление реальных проблем, достижение объективных результатов, больные предпочитают опьянение, погружение в мир искусственных иллюзий и ложных чувств. Можно с полным основанием сказать, что психическая зависимость — это трагедия личности, основным актом которой является глубокая и стойкая дезориентировка в объективных и общественно полезных ценностях и, как следствие этого, выпадение из сети социальных и духовных коммуникаций.

С психической зависимостью тесно связано и, по существу, одной из ее сторон является психическое или первичное влечение к опьяняющим веществам. Психопатологические критерии оценки клинической структуры влечения остаются неуточненными и тут существуют разные мнения. Так, описывают легкий и тяжелый варианты влечения, обсессивное и компульсивное, одолимое и неодолимое, парциальное и генерализованное, постоянное и периодическое либо пароксизмальное, аутохтонно возникающее и ситуационно обусловленные виды психического влечения. Разграничивают также осознанное и неосознанное влечение к алкоголю. В первом случае имеется в виду влечение, мотивы которого вербализуются четко и в соответствии с актуальными

потребностями, во втором,— неточно, либо не формулируются вообще.

Попыткой обобщить существующие подходы к клинико-психопатологической оценке первичного влечения является типологическая схема, которую предложили Н. Н. Иванец и А. Л. Игонин (1983). Авторы различают следующие виды первичного влечения (применительно к алкоголизму):

1. Симптом ситуационного обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю. Актуализация патологического влечения наблюдается лишь в ситуациях, привычно связанных с употреблением алкоголя.
2. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов. Влечение возникает не только ситуационно, но и спонтанно, четко ощущается, осознается, сопровождается противоборством желанию выпить.
3. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов. Влечение возникает спонтанно и не осознается — больные связывают употребление алкоголя с различными внешними поводами.
4. Симптом неодолимого первичного патологического влечения к алкоголю. Влечение возникает спонтанно и отличается крайней интенсивностью, которую можно сравнить лишь с выраженностью таких витальных побуждений, как голод или жажда.

Совокупность клинических признаков, определяющихся понятием «психическая зависимость», характеризует проявления начальной стадии алкоголизма и наркомании. Психическая зависимость не исчезает и на последующих этапах развития заболевания, хотя ее симптоматика видоизменяется, сосуществуя и переплетаясь с явлениями физической зависимости. Актуализация первично патологического влечения в ремиссиях может рассматриваться как ключ к пониманию механизмов развития рецидивов заболевания. По мнению Е. М. Jellinek (1962) и Ц. П. Короленко (1973), психическая зависимость — признак, характеризующий клинические проявления альфа-алкоголизма.

Физическая независимость. Совокупность вегетативных, соматоневрологических и психических расстройств, возникающих непосредственно вслед за прекращением употребления наркотиков, алкоголя и других токсических веществ и смягчающихся либо на время исчезающих после возобновления их приема.

Основное проявление физической зависимости — абстинентный синдром (синдром лишения).

Явления алкогольного абстинентного синдрома возникают на выходе из алкогольного опьянения и достигают наибольшей выраженности

на третий, четвертый день после прекращения пьянства (при сформированном похмельном синдроме). Его клиническая картина складывается из астенических, вегетативно-соматических, неврологических и психических расстройств.

Астенические нарушения включают общую слабость, недомогание, легко возникающую истощаемость, отвлекаемость внимания, несдержанность, а также явления сенсорной гиперестезии и неустойчивость настроения. Из вегетативно-соматических расстройств с наибольшим постоянством выявляются гиперемия лица и инъекция склер, отрыжка, тошнота, рвота, диарея, запор, жажда, учащенное мочеиспускание, гипергидроз, анорексия, озноб, тахикардия, нарушения сердечного ритма, артериальная гипертензия либо гипотония, головные боли, боли в области сердца, эпигастрии, печени и прочие проявления дисэнцефальной дисфункции, которым сопутствуют многочисленные симптомы обострения имеющихся соматических заболеваний. Из неврологических нарушений в первую очередь следует отметить дрожь, крупноразмахистый тремор конечностей, расстройства координации движений, гиперрефлексию, парестезии, мышечные боли. Могут возникать тонико-клонические судорожные припадки. В большинстве случаев припадки расцениваются в качестве эпилептического синдрома, возникающего в связи с повышенной судорожной готовностью. У больных эпилепсией в состоянии похмелья может наблюдаться учащение судорожных, а также бессудорожных пароксизмов.

Возникающие в абстиненции психические расстройства характеризуются нарушениями сна, настроения, рудиментарными галлюцинаторно-параноидными явлениями, короткими состояниями спутанного сознания, транзиторными амнестическими эпизодами, преходящим психоорганическим снижением личности.

Сон становится прерывистым, беспокойным, нарушено засыпание, наблюдаются ранние пробуждения. Появляются обильные сновидения, яркие, цветные, сценopodobные или калейдоскопически мелькающие, обычно устрашающего, авантюрно-детективного либо профессионального содержания, насыщенные разнообразными громкими звуками и ощущениями быстрого движения. Больные пробуждаются в страхе, в поту и не способны сразу разграничить сновидения от реальности. Позднее в содержании сновидений появляются животные. Нарушения сна связывают с компенсаторным удлинением фазы парадоксального сна, в норме занимающей одну треть времени всего ночного сна.

Аффективные нарушения чаще всего проявляются напряженностью, тревожностью с фобиями конкретно-жизненного содержания. Могут преобладать апатия, депрессия с витальным оттенком, дисфорический фон настроения с аффективной вязкостью и эксплозивными реакциями.



Рудиментарные слуховые и зрительные галлюцинации характеризуют тяжелые формы алкогольной абстиненции. Наблюдаются гипнагогические и гипнопомпические зрительные галлюцинации большей частью устрашающего содержания, оптические иллюзии, явления аллестезии. Могут возникать также вербальные иллюзии и отдельные функциональные галлюцинации. Как правило, к обманам восприятия сохраняется критическое отношение. Часто появляются нестойкие идеи отношения, содержание которых отражает доминирующую аффективную установку.

В ночное время возможно возникновение непродолжительных эпизодов спутанного сознания с дезориентировкой, психомоторным возбуждением, но без галлюцинаций, а также лимбических нарушений в виде скоропреходящих явлений корсаковского синдрома.

Неотъемлемым, облигатным признаком алкогольного абстинентного синдрома является патологическое влечение к алкоголю — вторичное или физическое влечение. Влечение отличается принудительным, насильственным характером. Алкоголь употребляется «вынужденно, по необходимости», нередко с отвращением, рвотой, в дозах, достаточных для купирования похмельной симптоматики. Быстрыми темпами влечение развивается до степени непреодолимого, доминирующего в сознании больных.

Существуют разные подходы к систематике алкогольного абстинентного синдрома. В качестве одного из них можно рекомендовать следующую типологическую схему дифференцированных вариантов алкогольной абстиненции (Иванец, Игонин, 1983).

1. Абстинентный синдром с вегетативно-астеническими (инициальными) расстройствами. Возникает лишь после наиболее тяжелых алкогольных эксцессов Клиническая картина исчерпывается вегетативными нарушениями и соматической астенией. «Опохмеление» может быть приурочено ко второй половине дня либо больные обходятся без него. Длительность не превышает двух суток.

2. Абстинентный синдром с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами. Клиническая картина характеризуется преобладанием разнообразных вегетативных, соматических и неврологических нарушений. Могут возникать выраженные нарушения сна. Как правило, больные опохмеляются, чаще в утренние часы. Длительность от двух до пяти суток.

3. Абстинентный синдром с психическими расстройствами. Типичны «тревожно-параноидная» установка, депрессивные явления, нарушения сна с кошмарными сновидениями, отдельными зрительными галлюцинациями. Длительность от двух до пяти суток.

4. Развернутый абстинентный синдром. Преобладают вегетативно-соматические и неврологические расстройства. Выражены, хотя и находятся на втором плане психические нарушения, из которых наиболее постоянна тревожно-параноидная установка.

5. Абстинентный синдром с судорожными компонентами. На фоне соматоневрологических явлений наблюдаются генерализованные, реже — абортивные припадки. Длительность более пяти суток.

6. Абстинентный синдром с обратимыми психоорганическими расстройствами. На фоне многообразной неврологической симптоматики возникают преходящие мнестические нарушения, снижение критических функций, затруднения в осмыслении окружающего. Возможны эйфория, немотивированная злобность, детализация мышления, олигофазия. Длительность более пяти суток.

Несколько по-другому выглядит клиническая картина абстиненции при наркоманиях.

В первой фазе развития опийно-морфинной абстиненции (спустя восемь, двенадцать часов от последней инъекции наркотика) возникают аффективная напряженность, состояние неудовлетворенности, беспокойство, а также вегетативные расстройства: мидриаз, зевота, слезотечение, насморк, чихание, анорексия, иногда — гусиная кожа. Затруднено засыпание. Во второй фазе, через сутки лишения, появляются озноб, приливы жара, приступы потливости и слабости, повышение тонуса мышц, мышечный дискомфорт. Возникают боли в межчелюстных суставах, жевательной мускулатуре. Усиливается симптоматика первой фазы абстиненции: учащаются чихание, зевота, возникает гиперсаливация. Гусиная кожа постоянна. Возрастает выраженность влечения к наркотикам. В третьей фазе (к концу вторых суток отнятия наркотика) на фоне наибольшей выраженности симптоматики предшествующих фаз наблюдаются интенсивные мышечные боли, судороги периферических мышц, акатизия, подавленное настроение с напряжением, дисфорией. Влечение к наркотикам становится неудержимым. На третьи сутки лишения присоединяются диспепсические явления (четвертая фаза абстиненции): боли в кишечнике, рвота, диарея. Помимо этого выявляются субфебрилитет, склонность к артериальной гипертензии, тахикардия, гипергликемия, разнообразные фантомные ощущения — обострение болезней, связанных с перенесенными в прошлом соматическими заболеваниями, зуд в местах внутренних вливаний, похудание, декомпенсация соматической патологии. Общая продолжительность абстиненции — до полутора месяцев и более, наибольшая интенсивность ее проявлений — в промежутке от трех до десяти суток. Кодеиновая абстиненция отличается более медленным темпом развития, меньшей интенсивностью проявлений; длится она дольше, чем морфинная. Судорожных припадков и психотических расстройств в течение опиатной абстиненции обычно не возникает.

Абстинентный синдром при барбитуромании развивается в течение первых суток с момента последнего приема снотворного препарата. Вначале появляются мидриаз, зевота, озноб, бледность, гипергидроз, мышечная слабость, анорексия, нарушения засыпания, беспокойство, напряженность, злобность, неудовлетворенность. Затем, к исходу первых суток, присоединяются судороги в икроножных мышцах, мышечная гипертония, гиперрефлексия, акатизия, атаксия, мелкоразмашистый тремор, подъем артериального давления, тахикардия, тревога. Позднее появляются боли в желудке, крупных суставах, гастроинтестинальные расстройства. К концу третьих суток выраженность абстинентных явлений и физического влечения становится максимальной. У 3/4 больных наблюдаются генерализованные тонико-клонические припадки. Возможна спутанность сознания, чаще по типу делирия, отличающегося от алкогольного более глубоким помрачением сознания, а также меньшей выраженностью психомоторного возбуждения. Длительность абстиненции — до четырех, пяти недель, наибольшая интенсивность ее проявлений — в интервале от трех до четырнадцати суток.

В клинической картине гашишной абстиненции на первом этапе ее развития спустя четыре, пять часов от последнего курения наблюдаются мидриаз, зевота, озноб, мышечная слабость, анорексия, бессонница, вялость или беспокойство и дисфория. На втором этапе (конец первых суток) усиливается вышеупомянутая симптоматика, присоединяются мышечная гипертония, фасцикулярные подергивания, гиперрефлексия, мелко-размашистый тремор, повышение артериального давления, учащение сердечных сокращений, тахипноэ. На третьем этапе (вторые сутки) возникают разнообразные сенестопатические ощущения, иногда с галлюцинаторным их оттенком, ипохондричность, подавленность настроения, плаксивость. Максимальной выраженности достигает физическое влечение. Общая продолжительность абстинентных явлений составляет до месяца, наибольшая их интенсивность наблюдается в интервале от трех до пятнадцати дней. В части случаев развиваются психозы (делириозные, галлюцинаторно-параноидные).

С явлениями физической зависимости связано также патологическое влечение к алкоголю в состоянии опьянения — утрата или потеря количественного контроля. Данный симптом встречается при алкоголизме. Описан он также при барбитуромании (Пятницкая, 1975).

Потеря контроля выражается «неспособностью остановиться» после приема начальной дозы алкоголя и ограничиться его употреблением в разумных границах. Механизмы развития потери контроля непосредственно не связаны с психической зависимостью — неудержимого влечения перед экссессом обычно не наблюдается; больные могут отказаться от употребления алкоголя либо вообще не испытывают потребности в опьянении. Однако в опьянении, даже неглубоком, появляется интенсивное влечение с последующим

приемом максимальных, явно превышающих толерантность доз алкоголя.

Патологическое влечение при этом психологически не мотивировано, напоминает витальные потребности и сопровождается своеобразными физическими ощущениями. По сообщениям больных, эти ощущения сходны с «жаждой, голодом», хотя и не идентичны им: «Организм требует... Это физиологическая потребность, не связанная с психологией... Все внутри горит, как огнем жжет... Заусило, сосет внутри, требует... Труба горит, выпить надо...». Это непреодолимое, полностью подавляющее волю влечение: «Тяга жуткая, адская, неотвратимая, трудно сравнить ее с чем-нибудь еще... Кажется, все готов отдать за глоток спиртного... Только бы выпить, ни о чем другом уже не думаешь...». Влечение отличается также ненасыщаемостью — прием алкоголя не приносит облегчения: «Пьешь и не можешь напиться... Пьешь вздохом, как воду, не чувствуется, что это водка...». Признаки обычного алкогольного опьянения, — эйфория, псевдофилософские рассуждения, сентиментальность и др. — отсутствуют, преобладают тревога, раздражительность, нетерпеливость (Короленко, 1973). Больные употребляют алкоголь «без желания, охоты», даже с отвращением, видимым затруднением, испытывая неудержимое стремление получить ожидаемый от приема спиртного эффект облегчения.

Симптом потери контроля формируется обычно не сразу, а постепенно. На ранних этапах развития он проявляется снижением количественного контроля. В состоянии умеренного опьянения возникает желание продолжить выпивку, однако влечение не является непреодолимым и больные в состоянии прервать эксцесс, если на пути его продолжения встречаются серьезные препятствия. Употребление чрезмерных количеств алкоголя облегчается возникшей в опьянении расторможенностью влечений, во многом определяется преморбидно обусловленной слабостью контроля побуждения, неспособностью противостоять давлению компании, провоцируется предшествующими эксцессу психогениями. Позднее формируется собственно утрата количественного контроля — после употребления так называемой критической дозы алкоголя, индивидуальной в каждом конкретном случае, но обычно небольшой и вызывающей легкое опьянение, возникает непреодолимое влечение с последующим неконтролируемым приемом спиртных напитков. Наконец, может наблюдаться симптом первой рюмки — неудержимое влечение возникает тотчас вслед за приемом незначительной начальной дозы алкоголя. При этом утрачивается прежде присущий больным ситуационный контроль — если ранее они сохраняли способность скрывать склонность к тяжелым алкогольным эксцессам, выпивая, например, в одиночку либо в условиях, исключающих дискредитацию в глазах окружающих, то теперь это удастся им не столь успешно либо не получается вообще.

В некоторых случаях симптом потери контроля формируется быстрее обычного, иногда выявляется с момента первого контакта с алкоголем. Как указывает Ц. П. Короленко (1973), это может быть

связано с воздействием дополнительных вредностей: последствий травм головного мозга, нейроинфекций, различных отравлений. Его развитию способствуют также микросоциальные условия, «санкционирующие» эпизодическое употребление больших доз алкоголя.

Механизмы, лежащие в основе симптома потери контроля, не изучены. Как полагают Е. М. Jellinek (1962) и Ц. П. Короленко (1973), они связаны с повышением в опьянении расстройств, обусловленных метаболическими нарушениями и близких к тяжелому алкогольному похмелью: беспокойства, состояния дискомфорта, дрожания пальцев и губ, легких судорожных подергиваний отдельных мышц, усиления тревоги и раздражительности. Все эти явления успешно снимаются приемом очередной дозы алкоголя, однако вскоре возникают вновь, в результате чего употребление алкоголя продолжается. Короткий купирующий эффект действия спиртных напитков объясняется указанными авторами явлением «краткосрочной аккомодации центральной нервной системы к алкоголю», наступающей при неизменной концентрации алкоголя в крови в интервале от 30 минут до 1 часа. Наблюдения за больными с алкогольной зависимостью между тем показывают, что симптом контроля в описанном варианте встречаются далеко не у всех. Значительная часть пациентов подтверждает факт влечения в опьянении, но отрицает высокую его интенсивность. Неудержимый характер влечения встречается у пациентов с преморбидно возбудимой, торпидной личностью либо у тех из них, кто стал таковым в болезни.

Симптом потери контроля, по мнению Е. М. Jellinek и Ц. П. Короленко, характерен для гамма-формы алкоголизма.

К проявлениям физической зависимости относится также физическая потребность в алкоголе, возникающая вне опьянения и абстиненции, обусловленная, как полагают, нарушениями метаболизма, расстройствами эндокринных функций и другими соматическими причинами. При наркоманиях данный вариант патологического влечения может быть поставлен в связь с описанным И. В. Стрельчуком (1956) феноменом, псевдоабстиненции, в целом повторяющим симптоматику истинной абстиненции и в ряде случаев являющимся причиной рецидива заболевания. Состояния типа псевдоабстиненции, возникающие аутохтонно либо циклически, описаны также при алкоголизме (Портнов, Пятницкая, 1973; и др.). Наряду с характерными для абстиненции вегетативными расстройствами при этом возникают аффективные нарушения: подавленное настроение, возбужденность, непоседливость, раздражительность. Наблюдается интенсивное патологическое влечение к алкоголю. Оно может возрастать до такой степени, что сопровождается галлюцинациями вкуса и запаха алкоголя.

Появление и характер физической зависимости изменяют форму потребления алкоголя и наркотиков.

Употребление алкоголя, обусловленное физической зависимостью, может принимать следующие формы:

1. Постоянное употребление алкоголя, неоднократное в течение дня в дозах, не вызывающих явлений выраженного опьянения — невозможность воздержаться от приема алкогольных напитков. Алкоголь употребляется с целью купировать либо предотвратить наступление алкогольного похмелья. Наблюдается при дельта-форме алкоголизма.
2. Эпизодическое, чаще скрытое, одиночное употребление больших доз алкоголя без последующего опохмеления. Связано с симптомом потери контроля.
3. Постоянное употребление больших доз алкоголя с последующим, отставленным на вторую половину следующего дня опохмелением. Последнее приводит обычно к очередному эксцессу.
4. Запой — циклически наступающие приступы тяжелого пьянства, во время которых ярко выражены и доминируют явления физической зависимости. Запой заканчивается с появлением аверсионной симптоматики либо угасанием патологического влечения.
5. «Ложные запои» — отличаются от истинных меньшей выраженностью симптомов физической зависимости, отсутствием четкой периодичности возникновения, определенной продолжительности, а также большей зависимостью их тяжести и течения от внешних условий. Граница между истинными и ложными запоями не является абсолютной. Скорее это различие между больными, а не симптомами.
6. Перемежающееся пьянство — на фоне постоянного употребления алкоголя время от времени отмечается появление запоев.

При наркомании развитие физической зависимости приводит к постоянному, часто неоднократному в течение дня употреблению наркотических веществ. Перерывы большей частью вынуждены и возникают в связи с отсутствием требуемого препарата либо изоляцией больного. В такие периоды больные охотно прибегают к приему других веществ либо их комбинации. Иногда больные сознательно делают «обрывы» с тем, чтобы временным воздержанием снизить дозу требуемого наркотика. Эфедроновая наркомания протекает в форме циклических эффектов.

**Синдром измененной реактивности.** Понятие, используемое некоторыми исследователями для обозначения симптомов зависимости, отражающих изменение чувствительности физиологических систем организма к токсическим веществам, наступающее в ходе заболевания. Показателями измененной реактивности являются следующие симптомы:

Изменение толерантности. Толерантность или переносимость токсических веществ меняется закономерным образом. В начальной стадии заболевания она возрастает. Толерантность к алкоголю, превышающая в два-три раза изначальную физиологическую, может рассматриваться в качестве одного из ранних признаков болезненного пристрастия, хотя признак этот, весьма условный, не может быть установлен на практике сколько-нибудь точно. На высоте заболевания толерантность становится максимальной и относительно устойчивой — симптом плато-толерантности. При барбитуромании она может увеличиваться в восемь-десять раз, при морфинизме — в 100—200 раз. При алкоголизме толерантность возрастает в восемь-двенадцать раз. Нам встречались пациенты, которые оказывались способны выпить в ходе одного эксцесса (за 4—6 часов) до шести литров 40 % алкоголя. Характерна оптимистическая реакция больных на подъем толерантности — чаще всего это рассматривается как свидетельство физического здоровья и служит предметом особой гордости. В исходной стадии болезненной зависимости возникает интолерантность — снижение выносливости и уменьшение доз токсических веществ, вызывающих выраженное опьянение. Подобным же образом выглядит возрастная динамика толерантности к опьяняющим субстанциям. Показатели болезненной толерантности носят, следовательно, весьма относительный, количественный характер и не могут быть использованы в качестве теста на болезнь.

С ростом толерантности тесно связан симптом, выражающийся утратой защитных физиологических реакций на действие наркотиков и алкоголя — митридатизм (Митридат, понтийский король — фармаколог, знавший о привыкании организма к ядам). Так, по мере привыкания к наркотикам опионо-морфинной группы исчезает зуд, к снотворным и гашишу — профузный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота, рвота, головокружение. При курении гашиша, исчезает также острое чувство страха, иногда возникающее в опьянении при первых контактах с наркотиком. При алкоголизме утрачивается рвотный рефлекс — симптом, описанный А. А. Портновым (1959). С повышением толерантности становятся все менее заметными в опьянении расстройства координации движений, дизартрия. Вероятно, это одна из причин часто встречающейся у больных алкоголизмом неспособности адекватно оценивать глубину собственного опьянения — симптом, описанный в минувшем столетии русскими авторами.

Изменение клинической картины опьянения. Трансформация опьянения на первых порах проявляется ослаблением седативного действия алкоголя и наркотиков. Эйфория и подъем психической активности на этом этапе заболевания выражены наиболее отчетливо. Далее наблюдается постепенное ослабление эйфории опьянения, и на первый план выступает стимулирующий эффект действия токсических веществ. Наконец, на отдаленных этапах заболевания ослабевает либо исчезает стимулирующий эффект действия наркотиков и алкоголя.

При алкоголизме и барбитуромании в клинической картине опьянения по мере ослабления эйфории возникает склонность к эксплозивным, депрессивным и истерическим реакциям, конфликтность, необоснованная ревность, агрессивность и другие психические нарушения. С наибольшим постоянством и полнотой они обнаруживаются в структуре алкогольного опьянения при гамма-алкоголизме (Короленко, Сибиряков, 1973). При этом наблюдаются подавленное настроение (с озлобленностью, агрессивностью), бредоподобные идеи отношения, преследования, галлюцинаторные симптомы, ложные воспоминания. Возникают нарушения памяти на события, происходившие во время опьянения: алкогольные палимпсесты — выпадение воспоминаний на отдельные детали происходившего и алкогольные амнезии или затемнения памяти — обширные выпадения воспоминаний на период опьянения, не связанные с патологией сознания. В опьянении могут возникать нарушения на уровне витальных потребностей. Так, в гашишном опьянении возникают булимия, полидипсия, усиление полового влечения. В состоянии морфинного опьянения наступает подавление витальных влечений. В опьянении у больных алкоголизмом нередко встречается алкогольная анорексия. Вообще в опьянении может наступать декомпенсация психических аномалий разного генеза. Например, некоторые особенности поведения больных шизофренией нередко впервые обнаруживаются в алкогольном опьянении. Это же касается последствий травм головного мозга, эпилепсии, аффективных расстройств и т. д. Любопытно, что наблюдения такого рода легли в основу некоторых народных традиций. По преданию, в Сибири, например, существовал некогда обычай, по которому невеста, выбирая жениха, должна была увидеть его в состоянии опьянения. Если поведение опьяневшего оставалось более или менее адекватным, без странностей, аффектов и агрессии, это фактически означало, что он психически здоров и ему можно доверить семью. В начале алкоголизма в опьянении могут возникать кожно-аллергические реакции, связанные с приемом определенных алкогольных напитков. Существует мнение, что такого рода реакции отражают наличие защитных противоалкогольных механизмов.

Существуют разные подходы в оценке клинической структуры и динамики опьянения. В клиническом плане принято разграничивать простое, измененное (атипическое, осложненное) и патологическое формы алкогольного опьянения. По содержанию алкоголя в крови различают опьянение легкой степени (до 2 ‰), и средней (от 2 ‰ до 3 ‰), тяжелой (от 3 ‰ до 5 ‰) и смертельной (свыше 5 ‰)—правило, из которого есть немало исключений.

Простое опьянение характеризуется изменениями психологических функций, явлениями регрессии личности, отклонениями в поведении, а также моторными, вегетативными, соматическими нарушениями. Простому опьянению не свойственны психотические и аффективные расстройства, а также нарушения поведения, которые могли бы расцениваться как психопатоподобные. Нарушения сознания протекают по типу нарастающего оглушения сознания. Контроль за поведением в легкой и, отчасти, средней степени



опьянения сохраняется, факт опьянения осознается вполне отчетливо.

Измененное или осложненное опьянение, в отличие от простого, характеризуется психопатоподобной симптоматикой, аффективными нарушениями, а также гипопсихотическими явлениями в виде сверхценных образований. Развитие осложненного опьянения связывают с влиянием дополнительных вредностей (психогении, истощение, соматическое заболевание, недосыпание и др.), резидуальной органической недостаточностью головного мозга, наличием акцентуированной и психопатической структуры личности. Г. В. Морозов (1983) различает следующие варианты осложненного опьянения: эксплозивный, дисфорический, истерический, депрессивный, опьянение с импульсивными действиями, маниакальный, epileptoидный, параноидный и опьянение с явлениями сомноленции. Сходными являются классификации осложненного опьянения у других авторов. В них не находится места состояниям опьянения с психотическими симптомами, наблюдающимися у пациентов с сочетанными формами патологии (например, алкоголизма и шизофрении) и не относящимися к собственно патологическому варианту опьянения.

Патологическое опьянение представляет собою острое и непродолжительное (в пределах нескольких часов) психотическое состояние, возникающее под влиянием алкоголя (доза может быть незначительной) у психически здоровых субъектов. Признаков моторного опьянения при этом не выявляется, а в тех случаях, когда патологическое опьянение вырастает из простого, атаксия исчезает. Различают три формы патологического опьянения: сумеречную, галлюцинаторную и бредовую (перечень по признаку убывания тяжести психотических проявлений). Сумеречный (эпилептиформный) вариант патологического опьянения проявляется сумеречным помрачением сознания, в клинической картине которого представлены галлюцинации, бред, аффект ярости и гнева, а также более или менее упорядоченное внешнее поведение или сильнейшее психомоторное возбуждение. Действия пациентов в это время носят агрессивный, разрушительный характер. Характерна тотальная конградная амнезия. Галлюцинаторный и бредовый варианты патологического опьянения не сопровождаются глубоким помрачением сознания. Несколько иными являются также аффективные расстройства — преобладают тревога, страх, ужас. Внешние действия пациентов, обычно последовательные, тем не менее остаются агрессивными, разрушительными и направлены против окружающих, реже против себя. Типичного для аффекта ужаса поведения (паническое бегство) не наблюдается. В галлюцинаторном варианте опьянения преобладают слуховые и зрительные обманы восприятия, содержание которых созвучно преобладающему аффекту. Об этом можно судить по отдельным репликам пациента и отрывочным воспоминаниям о психотических расстройствах. В параноидном варианте доминируют острые persecutory бредовые идеи (бред восприятия). Амнезия неполная. Патологическое опьянение относится к исключительным состояниям

— состояниям, исключаяющим вменяемость. Встречается очень редко. Как правило, не повторяется дважды у одного и того же человека.

Приведенная — классификация касается лишь алкогольного опьянения. Между тем встречаются различные варианты опьянения при употреблении наркотиков, токсических субстанций, лекарственных препаратов, средств для наркоза. Клинико-патогенетической классификации опьянения вообще не существует. Необходимость в этом, однако, очевидна, и есть, как мы считаем, возможность построения такой рабочей классификации на основе шкалы тяжести психических расстройств. В самом общем виде все формы опьянения отчетливо распадаются на две большие группы: продуктивные и непродуктивные. Продуктивные формы опьянения могут быть охарактеризованы по определяющей их клиническую структуру продуктивной симптоматике. Это опьянения с аффективной патологией (разнообразные интоксикационные маниакальноподобные и депрессивные состояния), опьянения со сверхценными и бредовыми (паранойяльными) явлениями, параноидные, галлюцинаторные и, возможно, кататоноподобные опьянения и, наконец, опьянения с помрачением сознания. Патологическое опьянение — частная форма продуктивного опьянения. Состояния опьянения с невротическими расстройствами (деперсонализация, обсессивно-фобические и другие нарушения, по видимому, не встречаются. В рамках продуктивного могут быть выделены осложненные формы опьянения — продуктивные расстройства возникают в данном случае в связи с имеющимся заболеванием, обострением свойственной ему симптоматики.

Непродуктивные формы опьянения характеризуются дефицитарной симптоматикой. Могут быть разграничены атипичные, психоорганические и простые варианты опьянения. Атипичные формы опьянения проявляются неадекватными реакциями на ситуацию и психогенные воздействия, психопатоподобным поведением. Психоорганическое опьянение имеет своей особенностью наступающий под влиянием интоксикации глубокий регресс личности, декомпенсацию или усиление мнестико-интеллектуальной недостаточности. Простое опьянение отличается оглушением сознания, наступающим в глубокой или средней степени интоксикации.

Приведенная классификация могла бы, на наш взгляд, быть полезной для идентификации состояний опьянения разной этиологии и оценки их динамики в ходе заболевания.

## **ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ**

Эта книга — всего лишь робкая попытка привлечь внимание читателя к бесконечно сложной, многообразной и в сущности малоизведанной области психических отклонений. Психопатология делает только первые шаги, стать подлинной наукой ей еще предстоит. Главное в книге — не сумма клинических фактов, а

стремление повысить мотивацию студента, врача к самостоятельным исследованиям, побудить к серьезным размышлениям. Это особенно актуально теперь, когда ценности психического и духовного здоровья приобрели исключительно важное значение. Наш внутренний мир очень хрупок, слишком раним, он требует крайне бережного и чрезвычайно ответственного отношения. Иначе все, что в этой жизни делают люди, просто теряет всякий смысл.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ. НАРКОМАНИЧЕСКИЙ СЛЕНГ**

Сленг — особый род языка социально обособленной группы лиц, объединяемой каким-либо видом деятельности. У представителей любой профессии помимо специальной терминологии можно встретить речевые формы (слова, выражения, манера произношения, особенности ударения, характерные обороты, подчеркивающие определенные семантические оттенки), складывающиеся в ходе постоянного общения и понятные только в данной среде. Это закономерно, поскольку осознание новых явлений, связей, специфических значений, формирование иных отношений неизбежно влечет потребность в их словесном обозначении и побуждает к развитию и совершенствованию речевых средств. Тем не менее, собственно сленг, исключая отдельные профессиональные изоляты, не формируется — служебный лексикон в достаточной мере обеспечивает прочные и эффективные коммуникации.

Совершенно особую, порой исключительно важную роль выполняет сленг внутри антисоциальных групп лиц.

Во-первых, он предназначен для отображения явлений, выходящих за рамки стандартов нормальной жизни и решительно отвергаемых ею. Последнее обстоятельство является основной причиной, почему из лексики господствующего разговорного и литературного языка элиминируются выражения, обозначающие запретные объекты и действия, а частично сохраняющиеся — фиксируют их осуждение, порицание. Нетрудно усмотреть в этом действие морально-этических принципов, принятых в данном обществе. Сленг не только обозначает противоречащие морали и закону явления, он выражает и определенное отношение к ним — эпически-нейтральное, положительное либо несколько высокомерное и пренебрежительное. Последний момент может быть поставлен в связь с существовавшей ранее и отчасти сохранившейся в настоящее время кастовостью в среде наркоманов, элитарностью некоторых их групп, презиравших представителей «низших сословий», например, алкоголиков. Сленг определенно способствует сохранению и воспроизводству антисоциального опыта.

Во-вторых, формирование сленга обусловлено тем, что его носители большей частью не пользуются профессиональным медицинским и юридическим языком из-за незнания, его сложности, но главное — неприятия и оппозиционного отношения к его эмоциональному контексту, подчеркивающему негативное отношение общества к антисоциальному явлению, в данном случае, к наркомании.

Существует, следовательно, «естественная» необходимость в сленге, его появление и развитие становится неотвратимым, во всяком случае до тех пор, пока сохраняются его материальные предпосылки. Антисоциальный сленг выполняет, помимо указанных выше, другие служебные функции. Например, сигнальные, поскольку является своего рода паролем, позволяющим осознать «своего» среди прочих, облегчает специфические контакты. Наркоманы с поразительной легкостью находят собратьев по губительному ремеслу.

Отказавшиеся от противоправной деятельности лица тщательно избегают использовать симптоматичные для их прежней среды языковые формы. Сленг выполняет также защитные функции, так как в большинстве случаев остается малопонятным для окружающих. В какой-то мере это снижает риск разоблачения и при определенных обстоятельствах сулит известные преимущества.

Криминалисты обратили внимание на фразеологию уголовных элементов, проституток, гомосексуалистов, наркоманов. Существуют и постоянно обновляются специальные словари.

Психиатрам и наркологам хорошо известно, что больные наркоманиями, алкоголизмом и токсикоманиями широко пользуются своим особым языком. Между тем эта сторона жизни больных не получила пока должного отражения в специальной литературе, хотя интерес к ней не лишен практического смысла. Знание наркоманического сленга значительно облегчает общение с больными, диагностику, позволяет более дифференцированно оценивать их состояние, степень привыкания и пристрастия. Сленг можно считать существенно важным клиническим признаком указанных заболеваний. Может привлечь внимание, кроме того, клинико-филологический аспект этого вопроса: происхождение сленга, структура неологизмов, что несомненно, также характеризует духовную атмосферу в среде наркоманов. В беседе с наркоманом можно наблюдать, как, не находя адекватного выражения из общепринятого лексикона, он на глазах «творит» новые, искажая на свой манер обычные слова. Наркоман не просто знает свой язык, он «пропитан» его духом. Многие слова из сленга возникли путем коверкания литературного языка. Оттенок вербигерации в словотворчестве позволяет предполагать, что в формировании наркоманической неоглоссии деятельное участие принимают душевнобольные, оставшиеся нераспознанными из-за мощного нивелирующего воздействия на личность наркоманической зависимости. Сходство сленга наркоманов, алкоголиков и токсикоманов определенно указывает на психологическую общность больных, возможность комбинаций и взаимопереходов между этими заболеваниями.

В данном разделе предлагаемой работы отражена попытка систематизировать собственные наблюдения, а также встречающиеся в наркологической и психиатрической литературе сведения о языке больных с наркоманической зависимостью. Собственно о языке тут говорить не стоит, речь идет об отдельных словах и выражениях, сумму которых нельзя считать завершенной,

всюду одинаковой. Наряду с широко известными и везде встречающимися выражениями среди наркоманов, существуют «диалектные» слова и выражения, нигде, кроме данной местности, не распространенные, что также интересно, поскольку может указывать на географию соответствующей формы пристрастия либо независимое ее появление в разных местах. Встречается много параллельных, возникших на основе языков разных народов, оборотов сленга. Одни обозначения являются «осколками» медицинской лексики, выдавая тем самым своих авторов, другие — связаны своим происхождением с лагерным жаргоном и указывают, что места лишения свободы способствуют развитию наркомании. Часть слов берет начало от внешнего вида, технологии приготовления и практики применения наркотиков. Целая группа неологизмов изобретена для описания состояний опьянения, абстиненции, других симптомов заболевания и, надо отметить, клинические проявления отражены в них достаточно полно и весьма дифференцированно. Наряду с многочисленными синонимами нередко встречаются групповые термины с использованием одного и того же слова для обозначения разных наркотиков или состояний. Употребляется много случайных, временных неологизмов, служащих «сырьем» для последующей шлифовки и отбора в устойчивые элементы сленга.

Знакомство с наркоманическим сленгом показывает, что разные формы наркомании представлен в нем неодинаково. Наибольшее число слов связано с гашишизмом, несколько меньше — с опионо-морфинной наркоманией и только отдельные «термины» выдают существование прочих форм наркоманий. В последние годы появилось и быстрыми темпами увеличивается множество токсикоманических неологизмов. Постоянно пополняется лексикон алкоголиков. Удельный вес тех или иных неологизмов связан, очевидно, с частотой и распространенностью соответствующей формы пристрастия. Наибольшей активностью в употреблении сленга отличаются начинающие и молодые наркоманы — опытные понимают друг друга без слов. Стремительное расширение наркоманического сленга идет за счет молодых людей. Бедная представленность в сленге некоторых наркоманий и токсикоманий может быть связана с быстрым снижением интеллекта, препятствующим словотворчеству. Сравнение сленга наркоманов и алкоголиков показывает, что сленг наркоманов не распространяется на объекты, не связанные с пристрастием, он более замкнут, аутичен. Жаргон алкоголиков не столь разработан и отточен (он более органичен, в нем видны следы энцефалопатии), но он более открыт, в нем выражается отношение не только к алкоголизму, но и другим сторонам жизни.

Предполагаемый ниже словарь не претендует на законченность и полноту. Тем не менее врачу-наркологу, судебному психиатру знакомство с ним может быть полезно в работе с больными

## **ПРИЛОЖЕНИЕ. СЛЕНГ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И ТОКСИКОМАНИЕЙ**

**А**

Автомат — медицинский шприц

Акксрдеон — плитка чаю Ак-наша. — белый гашиш

Алики — алкоголики

Алберка — медицинский шприц

Амнуха — ампула с морфием

Антрацит — гашишная масса, опий-сырец

Аппарат — медицинский шприц

**Б**

Байкал — слабо заваренный чай

Байкальчик — засохший сок на изломах стеблей мака

Балдеть — веселиться, предаваться опьянению

Банковать — продавать наркотики

Башмак — плитка чаю

Баш, бош — порция анаши

Баян — медицинский шприц

Белая, беляшка — морфий

Бензолка — кодеин, желудочные капли с наркотиком

Бешенка — этаминал натрия

Блат-хата — место хранения и сбыта наркотиков

Блюдце — место встречи наркоманов

Бодыли — стебли конопли, мака

Бодяжить — растворять, экстрагировать, процеживать наркотик

Божья коровка, божья трава — гашиш, конопля

Больная дрянь — анаша низкого качества

Брикет — упаковка таблеток с наркотиком

Булка — ягодица

Быть в хмарах — находиться в наркотическом опьянении

## **В**

Вагон — пачка чаю

Валторна — ягодица

Веревка — наркотик

Веревку глотать — употреблять наркотик перорально

Варенка — вид гашиша

Вкуривать — курить анашу, глубоко затягиваясь и задерживая дыхание

Вмазаться — ввести наркотик парентерально

Волок, волокуша — одна из фаз наркотического опьянения

Воткнуться — дышать парами токсического вещества.

Втирать — употреблять одурманивающие вещества посредством аппликации

Вторяк — вываренный опий, анаша, «пробитая» второй раз

Вышмолить — выкурить папиросу с анашой

Вязать — то же, что «понимать»

## **Г**

Гадость — наркотики

Галичка—доза анаши на одну папиросу

Галька — анаша, слепленная в комочки

Галюки, глюки — галлюцинации в наркотическом опьянении

Гарахан — опий

Гатоустрица — жидкое лекарство с опиумом

Гаян — опий

Гаян-базар — место сбыта опия

Глатокеша — наркоман

Голубизна — морфий

Гонка — то же, что «шугняк»

Граммфон — анаша

Грае — анаша

Грелка — анаша

Гута — наркотики для парентерального введения

## Д

Двойка, пятерка, семерка — название таблеток паркопана

Деготь — крепкий чай

Джеф — эфедрон

Джингони — курильщик наркотиков

Догнаться, догоняться — принимать дополнительную дозу наркотика

Докидываться — принимать таблетки для усиления опьянения

Долбит кумор — обозначает абстиненцию

Дом — анаша

Дори — наркотики

Драп, дура — анаша

Драть лапти — собирать анашу на плантации конопли

Дринкари — алкоголики

Дуд — анаша

Дудки — вены

Дурковать — употреблять токсические вещества с целью вызвать психотическое состояние

Дурмашина — медицинский шприц

Дурочка — отделение психиатрической больницы

Дуру гнать — симулировать помешательство



Дурь женатая — анаша с табаком

Дурцедило — медицинский шприц

Дым — анаша

Дыр — наркотик

Дырка — канал связи для приобретения наркотика

Дышло — токсическое вещество с одурманивающими парами

## **Ж**

Желуди — желудочные таблетки с наркотиком

Желтенькие — препараты с кодеином

## **З**

Забить золь — вмонтировать в папиросу порцию анаши

Забить косую — приготовить папиросу с анашой, закурить такую папиросу

Заболтать — приготовить наркотик для парентерального введения

Заварить — нагреть и спрессовать гашишную массу

Зайцы — лица, привлекаемые токсикоманами и наркоманами для проведения опытов за действием неизвестных веществ

Заноза — игла к шприцу, медицинский шприц

Задвинуться — ввести наркотик парентерально

Замолодиться — принять дополнительную дозу наркотика

Закидывать — пить таблетки с целью опьянения

Закумариться — опьянеть, принять наркотик с целью купировать абстиненцию

Замороженный — наркоман с явными психическими сдвигами

Зараза — наркотики

Заторчать — закурить папиросу с анашой, погрузиться в опьянение

Зеленка — зеленые побеги конопли (анаша, получаемая из них, при курении вызывает сильные головные боли)

Зерно — таблетки с наркотиком

Золь — анаша

## **И**

Измена — чувство страха в гашишном опьянении

Испартаченный — татуированный

## **К**

Казать масть — определять качество наркотика

Кайф, кейф — опьянение

Кайф ломчатый — опьянение с дискомфортом

Кейф-базар — притон наркоманов, место сбыта наркотиков

Кайфики — галлюцинации в опьянении

Калики — таблетки с наркотиками, порошки, таблетки кодеина

Карахан — опий

Катать колеса — пить таблетки с целью опьянения

Катюха — кодеин

Кашкар — наркотики

Квадрат — место встречи наркоманов

Кенаф — гашиш

Кеф — порция анаши

Киф — анаша

Киш-миш — наркотики

Кожаные — начинающие наркоманы, не умеющие самостоятельно вводить наркотик в вену

Кобыла — медицинский шприц

Кока — кокаин

Кокнар, кухнар, кохнар — отвар из стеблей мака

Кокс — кокаин

Колеса — таблетки, вызывающие опьянение

Колун — наркоман, который «колется»

Композитор — крепкий чай

Контора — место встречи наркоманов

Костыль — папироса с анашой

Кошки — наркотики

Кровосос — сбытчик наркотиков

Кролики — лица, подвергшиеся опыту по воздействию неизвестных веществ

Кропаль, кропалик, большой кропаль — дозы анаши

Кропалить — начинать папиросу анашой

Кругляк — гашиш в виде шариков; полинаркоман

Куба — пачка чаю

Кузьмич — «пробитая» конопля, зажаренная на маргарине

Кумар — абстиненция (самочувствие после выхода из опьянения)

Кумарики — галлюцинации в абстиненции

Крыша капает, течет, съезжает, едет — разные степени опьянения

Кукла — завернутые в тряпку листья конопли

## **Л**

Лайба — медицинский шприц

Лепила — врач, работающий в лагере для заключенных

Лизнуть — принять наркотик, приготовленный в виде порошка

Ловить, словить кайф — почувствовать удовольствие в опьянении

Ломка — абстиненция

## **М**

Мазута — крепкий чай

Малинка — сильно действующее снотворное, смесь опия и хлороформа

Манагуа — анаша с молоком

Марафет — кокаин

Марка — ватка, кусочек бинта, используемые при сборе сока мака

Марочка — тряпка, в которую заворачивают листья конопли при изготовлении «химки»

Марфа, марьяна, марфуша — морфий

Машина — медицинский шприц

Мастырка — папироса с наркотиком

Мойка — лезвие для надрезания коробочек мака

Моль — анаша

Моргалики — таблетки, вызывающие опьянение

Мороз — морфий

Морцефаль — морфий

Мулька — эфедрон

Мультики — галлюцинации в опьянении (в зависимости от степени токсичности могут быть цветными, черно-белыми. Например, при вдыхании паров бензина с высокооктановым числом, галлюцинации чаще цветные)

Мускал — 5,0 г опия сырца

Мякина — конопля, анаша

## **Н**

Накрахмалить — пропитать кусочек тряпки раствором наркотика

Накс — таблетки ноксирона

Нарк — наркоман

Наркоша — наркотики

Нас — жевательная смесь, включающая табак, известь и другие ингредиенты

Насос — медицинский шприц

Насосаться — накуриться (как и другие, этот термин указывает на существование особой технологии курения, состоящей из специально разработанных приемов, облегчающих, наступление опьянения).

Недогонок — начинающий курить анашу

Нифеля — отходы конопли, не содержащие наркотик

Ништяк — остаток анаши в «пяточке» папиросы

## О

Обезьяны — начинающие наркоманы, подражающие более опытным

Облом — утрата «кайфа» под влиянием неприятных внешних впечатлений

Оборотка, обратка — вена

Обторчаться — накуриться анаши

Обфаниться — то же самое

Обшабиться — то же самое

Окавалок — большой кусок анаши

Омолодиться — снизить толерантность, уменьшить требуемую для опьянения дозу наркотика путем временного прекращения его приема

Оторва — таблетки, вызывающие опьянение

Отходняк — состояние, возникающее на выходе из опьянения (наркоманы разграничивают его с абстиненцией)

Отходнячок — состояние лени после опьянения

Отходной лом — абстиненция

## П

Палки — стебли конопли

Палочка — порция опия в свернутом трубочкой целлофане

Палтикаян — опий

Паль — анаша

Парк — паркоман

Пахтач — анаша

Пенделе — таблетки пенталгина

Первяк — конопля, «пробитая» первый раз

Песок — анаша

Пилим — папироса с анашой

Пионеры — начинающие наркоманы

План — анаша

Плановой, планакеша — анашист, сборщик конопли

Пластилин — опий-сырец, анаша

Плюха — доза анаши

Приход — начальная, скоротечная фаза наркотического опьянения при парентеральном употреблении наркотика — «кайф на кончике иглы»

Подогнать травки — снабдить наркомана анашой, когда он находится в больнице или заключении

Подогрев — наркотики, которыми друзья снабжают наркомана, находящегося в изоляции

Подышать — надышаться парами токсических веществ до опьянения

Подшабить — позаимствовать папиросу с анашой, покурить

Поймать кайф — почувствовать удовольствие в опьянении

Пойти похехекать — пригласить, откликнуться на приглашение покурить анашу

Понимать — почувствовать на себе привлекательность опьянения

Поставить фацу — украсть наркотик из аптеки, больницы

Пристроиться на иглу — перейти на парентеральный прием наркотика

Пробивуха — просеянная масса измельченных листьев конопли

Пруха — одна из фаз опьянения

Пульман — упаковка таблеток, вызывающих опьянение

Пунш — смесь вина с дурманящим веществом

Пшеничка — морфий

Пшено — папиросы с наркотиком

Пчелка — игла к шприцу

Пыль — просеянная масса измельченных листьев конопли, подвергаемая затем температурной обработке

Пятак — лепешка анаши

Пятачок, пяточка — окурок папиросы с анашой

Пятелка — игла к шприцу

## **Р**

Развить дозу — привыкнуть к большим дозам наркотика

Раскумариться — наслаждаться опьянением после долгого перерыва, купировать абстиненцию

Раскумиться — приготовить крепкий чай, напиток такого чаю

Распухнуть — выражение неодобрения, означает: опьянеть на дармовщину

Раствор — отвар из коробочек опийного мака

Рубиновка — высохший сок мака

Ручник — анаша, собранная вручную

## **С**

Самоварка — опий-сырец, опий, изготовленный кустарно

Самосвал — медицинский шприц

Сары — анаша

Сделать подкурку — накуриться анаши

Седло — ягодица

Сенцо — конопля, анаша

Свиняк — булимия в гашишном опьянении

Серики — таблетки, вызывающие опьянение

Сивушники — алкоголики

Сидеть на чем-либо — употреблять в данное время определенный вид наркотика

Симплек — настойка опия

Смаль — анаша

Смешной табак — анаша

Снежок — кокаин

Смола — анаша

Сохнут трубы — выражение, указывающее на тромбофлебит, облитерацию вен, возникшие вследствие введения наркотиков в вену

Спрыгнуть, сходить с иглы — прекратить парентеральный прием наркотика

Стандарт — упаковка таблеток, вызывающих опьянение

Стекляшка — ампула с наркотиком

Струна — игла к шприцу

Султыга — самодельный опий

Сухта — выпаренный экстракт опия

Сушняк — морфий, сухость слизистых оболочек в опьянении

## Т

Тарч — опьянение

Таск — одна из фаз наркотического (преимущественно опийно-морфинного) опьянения

Тащит отлетно — выражение удовлетворения опьянением

Тасковать, тосковать — находиться в опьянении, наслаждаться им

Таян, тоян — опий-сырец

Терьяк — опий; масса, образующаяся после вываривания коробочек мака

Тилло-наша — «золотой» гашиш



Торчок — наркоман; посторонний, маячащий неподалеку

Травка — конопля, гашиш

Трактор — медицинский шприц

Трасса — следы внутривенных вливаний наркотика

Третьяк — конопля, которую «пробили» три раза

Три фук, три пшик — смесь пива с хлорофосом

Тройка — медицинский шприц

Трубы, трубки — вены

Труха — конопля, сырье для изготовления анаши

## **У**

Убиться — накуриться анаши

Убитый — находящийся в наркотическом опьянении

Уголок — папироса с анашой

Уколоться, ужалиться — ввести наркотик парентерально

Ушел на золотой — умер от передозировки наркотика

## **Ф**

Фагать — курить анашу

Фанить — курить анашу

Фуркать — курить анашу

Фурункул — этаминал натрия

Фуфляк — гематома в месте вливания наркотика

## **Х**

Хандра — «самопальный» опий

Ханка, хапка — опий

Хапнуть — принять наркотик перорально

Химка — одна из наиболее токсичных разновидностей анаши, изготавливаемая при помощи растворителей. По свидетельству

наркоманов, спустя короткое время (в течение полугода) приводит к тяжелым психическим сдвигам — «крыша едет»

Химчука — самодельный опий

Химканка — опий, получаемый из головок мака при помощи химических растворителей

Хохма, хохотун — непроизвольный хохот гашишиста в опьянении

Хумер, хумир — абстиненция

Чек — 10,0 г. наркотика

Черная полынь — чай

Чернуша, черняшка — опий-сырец в виде коричневых шариков

Чернота — барбитураты, то же, что химка

Чехнар, чехнарка — крепкий чай

Чибык — 40,0 г наркотика

Чифирь — крепкий чай

Чмо — наркоман, уже ни на что не способный

Чума — кокаин

Чумовой — наркоман в опьянении

## Ц

Центряк — вена

Центрово — выражает чувство удовлетворения, одобрения

Цикл — циклодол

Цихнар — крепкий чай

## Ш

Шабить — курить анашу

Шала — смесь измельченных листьев конопли и семян

Шалавый — курильщик анаши

Шалама — стебли конопли

Шаламша — листья и стебли использованной конопли

Шан, шана — анаша

Шаравой — опиоман

Шаракеш, шаракеша — морфинист

Ширево — опий; наркотик для парентерального введения

Ширево й, ширяльщик — наркоман, употребляющий наркотики парентерально

Ширка — медицинский шприц

Ширнуться — ввести наркотик парентерально

Ширь — наркотики, вводимые парентерально

Ширя — вываренный опий

Шлак — сырье для изготовления конопли

Шмаль — анаша из пыльцы конопли

Шмалить — курить наркотик

Шмаровоз, шмаровой — курильщик анаши

Шоркнуться — принять наркотик парентерально

Шпигануться — принять наркотик парентерально

Шпильки — иглы к шприцу

Штакет — папиросы с анашой

Шугняк, шуга — чувство страха в гашишном опьянении

## ***ПРИЛОЖЕНИЕ. АЛКОГОЛЬНЫЙ СЛЕНГ***

### **А**

Аквариум — медицинский вытрезвитель

Ампула — бутылка

Антрацит — крепленое вино

Аптека — аптечные настойки

Аршин, аршинчик — стакан, стаканчик, рюмка

**Б**

«Бабы слезы» — название винно-водочного магазина

Банка — бутылка спиртного емкостью 0,5 л

Баян — литр водки

Без флага, без родины — бродяга, «бич»

БДС — бродяга «дальнего следования»

Блеваторий — кабинет УРТ

Блевантин — рвота

Бмс — бродяга «местного сообщения»

Бодяга — политура, шеллак

Бомж — бродяга «без определенного места жительства»

Борис Федорович, Боря — клей БФ

Бормотуха — дешевое вино

Боярышня — настойка боярки

Булькнуть — выпить

Быть в завязи — прекратить на время употребление спиртного

Быть на уде, под трахом, под балдой — находиться в алкогольном опьянении

Бураночка — самогон из свеклы

Бусать — пьянствовать

Бусать, по-черному — пить в одиночестве, запиваться

Бусать на халтон, на халяву — пить за чужой счет, на дармовщину

Бухать — пьянствовать

Бухарик — пьяница, алкоголик

Бухой — находящийся в сильном опьянении

**В**

Вакса — водка

Ванька-встанька — пьяный

Вареха — брага, чача, домашнее вино

Варнат — выпивка в компании с женщинами легкого поведения

Василек — денатурат

Вечный двигатель — водка «Украинская степная»

Вмазать, врезать, вдарить, втереть — напиться

Водяра — водка

Водовка — водка

Вокруг света — название большого магазина

Вооружен и очень опасен — водка «Стрелецкая»

Выхаживаться — заканчивать запой постепенно

В Ригу пойти, поехать — напиться до рвоты

## Г

Газ — водка

Гакура — водка

Галстук — селедка

Гаро — самогон

Гарь — алкогольные напитки

Гашира — водка

Гнилуха — дешевое вино

Гонорь — вино

Гопа — место торговли водкой

Гори-гора — жидкость для мытья стекол

Горчиловка — водка

Грызуны — дети

Гуси — бутылки емкостью 0,7 л

Гусыня — банка с вином емкостью 3 л

## Д

Дерматин — дешевое вино

Динашка — денатурат

Долгоиграющая — бутылка емкостью 0,7 л

Дори — водка

Дупель — опьяневший до недержания мочи и кала

Дуст — самогон

Дух — пьяный

## Е

Елочка — пьяный

Ерофей Павлович — шеллак

## Ж

Женить — разбавить вино водой

## З

Завязь — промежуток между запоями, ремиссия

Засуха — отсутствие спиртного

Закусывать трикотажем, мануфактурой, рукавом — выражение, связанное с алкогольной анорексией

Захорошело — оценка самочувствия после опохмеления

Заусило — потянуло на продолжение выпивки, указание на вторичное влечение

## К

Канновка, канка — водка

Карболка — коньяк

Квакнуть — выпить

Кви — самогон

Кипень — пиво

Колокольчик — название винно-водочного магазина

Колотун — тремор, абстиненция

Коньяк «Три косточки», коньяк с резьбой — тройной одеколон

Корье — пиво

Крякнуть — умереть

## Л

Луноход — специальная машина медицинского вытрезвителя

## М

Малинка — смесь водки и вина или пива

Медведь бурый — смесь спирта и коньяка

Медведь белый — смесь спирта и шампанского

Междусобойчик — выпивка в узком кругу

Мерзавчик — бутылка емкостью 100,0 г

Мичуринская, ерш — смесь алкогольных напитков

Моргалики — флаконы с аптечными настойками

Мутный глаз — название винно-водочного магазина

Муцифаль — брага

## Н

Напиваться в мат, до упора, до сшибачки, до сблева — указание на утрату количественного контроля

Незабудка — медицинский вытрезвитель

Непроливашка — алкоголик с угашенным рвотным рефлексом

## О

Обрыв — резкое прекращение запоя

Одуванчик — венерическая больница

Огнетушитель — бутылка емкостью 0,7 л

Огорчиться — выпить самогону, водки

Ожбаниться — напиться

Остаканиться — выпить стакан спиртного

## П

Панфуры — лица, предпочитающие аптечные настойки

Папина радость — название винно-водочного магазина

Паровозик — флакон одеколona

Паровозик пустить под откос — выпить флакон одеколona

Пить до отруба — указание на утрату количественного контроля

Пить с тренером — пить в одиночку

Плеснуть под жабы — выпить

Подложные — деньги, утаиваемые на выпивку

Подмлаживать стакан — доливать стакан

Полина Ивановна, Поленька — политура

Полкило — 0,5 л водки

Портяша, Петр Петрович — портвейн

Приест — попойка

Пузырьки — аптечные настойки

Пузырь — бутылка

Пучеглазка — 70 % — ный спирт

Пушнина — бутылки из-под спиртного

## Р

Разморозиться — напиться

Рассыпуха — дешевое вино, отпускаемое на розлив

Распрягать — откупоривать бутылку

Резать пузырек — откупоривать бутылку



Рыгаловка — УРТ

Рыгалаторий — кабинет УРТ

Ряженка — водка

## С

Сапог — 0,5 стакана водки

Сдавать пушнину — сдавать пустые бутылки

Синдромчик — похмелье

Синеглазка, синявка, синюха — жидкость для мытья стекол

Синенький — денатурат

Сквозняк — название винно-водочного магазина

Спускаться на парашюте, на тормозах — заканчивать запой постепенно

Срамота — спиртное

Стоять на бомбе — просить на выпивку у магазина

Сухарик — сухое вино

Суховей — сухое вино

Терапевт — винно-водочный магазин

Тихари — стукачи

Торпеда — ампула с эспералем

Тренер — бутылка; человек, за счет которого можно выпить

Три бурачка — самогон из сахарной свеклы

Три танкиста, тройник — тройной одеколон

Трепаловка — тремор, похмелье

Труба горит — физические ощущения, сопровождающие вторичное влечение

Трясаловка — тремор

Удар по печени — попойка

У попа — название винно-водочного магазина

Усугубить — выпить еще, «добавить»

Усидеть — выпить

## Ф

Фанфурики — аптечные настойки

Флакушки — аптечные настойки

Фуфло — флакон с кордиамином

Фуфырь — флакон одеколona

## Х

Хань — водка

Хряпнуть — напиться

Чебурашки — аптечные настойки

Чернила — вино

Человек и закон — водка «Стрелецкая»

Чертенok — бутылка емкостью 0,25 л

Чертик — флакон одеколona

Чепок — название винно-водочного магазина

## Ш

Шатун — больной, который ищет возможность опохмелиться

Шкалики — аптечные настойки Шкурка — пустая бутылка

Шланбой — продажа разбавленных спиртных напитков

## Я

Янтарь — вино

Яшки — лица, сопровождающие цистерны с вином (они крадут и торгуют им из-под полы)

## **ТЕСТ "ДЕПРЕССИЯ"**

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ К ТЕСТУ

Ф. И. О \_\_\_\_\_

Дата исследования \_\_\_\_\_

Клинический диагноз с указанием нозологической формы и синдрома

Инструкция: Тест состоит из 44 групп утверждений. Выберите из каждой группы утверждение, которое более других соответствует Вашему самочувствию (мнению) и внесите номер этого утверждения таблицу. Внимательно прочитайте все утверждения в группе перед тем, как сделать Ваш окончательный выбор.

| Но г<br>р. | Но утвержде<br>ния | Но г<br>р. | Но утвержде<br>ния |
|------------|--------------------|------------|--------------------|
| 1          |                    | 23         |                    |
| 2          |                    | 24         |                    |
| 3          |                    | 25         |                    |
| 4          |                    | 26         |                    |
| 5          |                    | 27         |                    |
| 6          |                    | 28         |                    |
| 7          |                    | 29         |                    |
| 8          |                    | 30         |                    |
| 9          |                    | 31         |                    |
| 10         |                    | 32         |                    |
| 11         |                    | 33         |                    |
| 12         |                    | 34         |                    |
| 13         |                    | 35         |                    |
| 14         |                    | 36         |                    |
| 15         |                    | 37         |                    |
| 16         |                    | 38         |                    |
| 17         |                    | 39         |                    |
| 18         |                    | 40         |                    |
| 19         |                    | 41         |                    |
| 20         |                    | 42         |                    |
| 21         |                    | 43         |                    |
| 22         |                    | 44         |                    |

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Тест разработан с целью выявления депрессивного состояния (главным образом, тоскливой или меланхолической депрессии). Он дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на момент исследования. Предварительная шкала тяжести депрессии такова:

|       |                                           |
|-------|-------------------------------------------|
| 1—9   | депрессия отсутствует, либо незначительна |
| 10—24 | депрессия минимальна                      |

|                  |                                         |
|------------------|-----------------------------------------|
| 25—44            | легкая депрессия                        |
| 45—67            | умеренная депрессия                     |
| 68—87 88 и более | выраженная депрессия глубокая депрессия |

Анализ ответов исследуемых позволяет получить также представление о том, насколько выражены не только аффективные проявления депрессии. Тестирование рекомендуется повторять для более четкого определения динамики депрессивного состояния и эффективности лечения.

- 1 0Мое настроение не более подавлено (печально), чем обычно
  - 1Пожалуй, оно более подавлено (печально), чем обычно.
  - 2Да, оно более подавлено (печально), чем обычно
  - 3Мое настроение намного более подавлено (печально), чем обычно.
- 2 0Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения
  - 1У меня бывает такое настроение
  - 2У меня часто бывает такое настроение
  - 3Такое настроение бывает у меня постоянно
- 3 0Я не чувствую себя так, будто я остался (лась) без чего-то очень важного для меня
  - 1У меня бывает такое чувство
  - 2У меня часто бывает такое чувство
  - 3Я постоянно чувствую себя так, будто я остался (лась) без чего-то очень важного для меня
- 4 0У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик
  - 1У меня бывает такое чувство
  - 2У меня часто бывает такое чувство
  - 3Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
- 5 0У меня не бывает чувства, будто я состарился (лась)
  - 1У меня бывает такое чувство
  - 2У меня часто бывает такое чувство
  - 3Я постоянно чувствую, будто я состарился (лась)
- 6 0У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело
  - 1У меня бывает такое состояние
  - 2У меня часто бывает такое состояние
  - 3Я постоянно нахожусь в таком состоянии
- 7 0Я чувствую себя не менее спокойно за свое будущее, чем обычно
  - 1Пожалуй, будущее беспокоит меня больше, чем обычно
  - 2Да, будущее беспокоит меня больше, чем обычно
  - 3Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно
- 8 0В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно
  - 1Пожалуй, в своем прошлом я вижу плохого больше, чем обычно
  - 2Да, в своем прошлом я вижу плохого больше, чем обычно
  - 3В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно
- 9 0Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно
  - 1Таких надежд у меня, пожалуй, меньше, чем обычно

- 2Да, таких надежд у меня меньше, чем обычно  
 3Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно
- 1  
 0 0Я боязлив (а) не более обычного  
 1Пожалуй, я боязлив (а), более обычного  
 2Да, я боязлив (а) более обычного  
 3Я боязлив (а) намного более обычного
- И 0Хорошее меня радует, как и прежде  
 1Я чувствую, что оно радует меня меньше прежнего  
 2Да, оно радует меня меньше прежнего  
 3Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего
- 1  
 2 0У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна  
 1У меня бывает такое чувство  
 2У меня часто бывает такое чувство  
 3Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна
- 1  
 3 0Я обидчив (а) не больше, чем обычно  
 1Пожалуй, я более обидчив (а), чем обычно  
 2Да, я обидчив (а) больше, чем обычно  
 3Я обидчив (а) намного больше, чем обычно
- 1  
 4 0Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше  
 1Пожалуй, я не получаю того удовольствия, что раньше  
 2Да, я не получаю того удовольствия, что раньше  
 3Я не получаю теперь удовольствия от приятного
- 1  
 5 0Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины  
 1Бывает, я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват (а)  
 2Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват (а)  
 3Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват (а)
- 1  
 6 0Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного  
 1Пожалуй, я виню себя за это больше обычного  
 2Да, я виню себя за это больше обычного  
 3Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного
- 1  
 7 0Обычно у меня не бывает ненависти к себе  
 1Бывает, что я ненавижу себя  
 2Часто бывает так, что я себя ненавижу  
 3Я постоянно чувствую, что я ненавижу себя
- 1  
 8 0У меня не бывает чувства, будто я погряз (ла) в грехах  
 1У меня бывает теперь это чувство  
 2У меня часто бывает теперь это чувство  
 3Это чувство у меня теперь не проходит
- 1  
 9 0Я виню себя за проступки других не больше обычного

- 1 Пожалуй, я виню себя за них больше обычного  
 2 Да, я виню себя за них больше обычного  
 3 За проступки других я виню себя намного больше обычного
- 2 0 Состояние, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не  
 0 бывает  
 1 У меня бывает теперь такое состояние  
 2 У меня часто бывает теперь такое состояние  
 3 Это состояние у меня теперь не проходит
- 2 0 Чувства, что я заслужил (а) кару, у меня не бывает  
 1 Теперь у меня бывает  
 2 Оно бывает у меня нередко  
 3 Это чувство у меня теперь не проходит
- 2 0 Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде  
 2 Пожалуй, я вижу в себе меньше хорошего, чем прежде  
 2 Да, я вижу в себе меньше хорошего, чем прежде  
 3 Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде
- 2 0 Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других  
 3 Пожалуй, я так уже не думаю  
 2 Да, теперь я так не думаю  
 3 Теперь я думаю, что плохого во мне намного больше, чем у других
- 2 0 Желание умереть у меня бывает не чаще, чем прежде  
 4 Пожалуй, это желание у меня бывает чаще, чем прежде  
 2 Да, это желание у меня бывает чаще, чем прежде  
 3 Это теперь постоянное мое желание
- 2 0 Я плачу не больше, чем обычно  
 5 Я плачу больше, чем обычно  
 2 Я плачу намного больше, чем обычно  
 3 Я хочу плакать, но слез у меня уже нет
- 2 0 Я раздражителен (на) не больше обычного  
 6 Я раздражителен (на), пожалуй, больше обычного  
 2 Да, я раздражителен (на) больше обычного  
 3 Я раздражителен (на) намного больше обычного
- 2 0 У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций  
 7 У меня бывает такое состояние  
 2 У меня часто бывает такое состояние  
 3 Это состояние у меня теперь не проходит
- 2 0 Моя умственная активность никак не изменилась  
 8 Я чувствую теперь какую-то «неясность» в своих мыслях  
 2 Я чувствую теперь, что я сильно «отупел (а)», («в голове мало мыслей»)

- 3Я совсем ни о чем теперь не думаю («голова пустая»)
- 2  
9 0Я не потерял (а) интерес к другим людям
- 1Я не чувствую прежнего интереса к людям
- 2Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился
- 3У меня совсем пропал интерес к людям («я никого не хочу видеть»)
- 3  
0 0Я принимаю решения, как и обычно
- 1Мне труднее принимать решения, чем обычно
- 2Мне намного труднее принимать решения, чем обычно
- 3Я уже не могу сам (а) принять никаких решений
- 3  
1 0Я не менее привлекателен (на), чем обычно
- 1Пожалуй, я менее привлекателен (на), чем обычно
- 2Да, я менее привлекателен (на), чем обычно
- 3Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно
- 3  
2 0Я могу работать, как и обычно
- 1Мне труднее работать, чем обычно
- 2Мне намного труднее работать, чем обычно
- 3Я совсем не могу теперь работать («все валится из рук»)
- 3  
3 0Я сплю не хуже, чем обычно
- 1Я сплю хуже, чем обычно
- 2Я сплю намного хуже, чем обычно
- 3Теперь я почти совсем не сплю
- 3  
4 0Я устаю не больше, чем обычно
- 1Я устаю больше, чем обычно
- 2Я устаю намного больше, чем обычно
- 3У меня уже нет никаких сил что-то делать
- 3  
5 0Мой аппетит не хуже обычного
- 1Мой аппетит не так хорош, как обычно
- 2Мой аппетит намного хуже, чем обычно
- 3Аппетита у меня теперь совсем нет
- 3  
6 0Мой вес остается неизменным
- 1Я немного похудел (а) в последнее время
- 2Я заметно похудел (а) в последнее время
- 3В последнее время я очень похудел (а)
- 3  
7 0Я дорожу своим здоровьем, как и обычно
- 1Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно
- 2Я дорожу своим здоровьем намного меньше, чем обычно
- 3Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем
- 3 0Я интересуюсь сексом, как и прежде

- 8  
 1 Я меньше интересуюсь сексом, чем прежде  
 2 Я интересуюсь сексом намного меньше, чем прежде  
 3 Я полностью потерял (а) интерес к сексу
- 3  
 9 0 Я не чувствую, что мое «Я» как-то изменилось  
 1 Теперь я чувствую, что мое «Я» изменилось  
 2 Теперь я чувствую, что мое «Я» сильно изменилось  
 3 Мое «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам (а)
- 4  
 0 0 Я чувствую боль, как и обычно  
 1 Я чувствую боль сильнее, чем обычно  
 2 Я чувствую боль слабее, чем обычно  
 3 Я почти не чувствую теперь боли
- 4  
 1 0 Сухость во рту (сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не  
 1 чаще, чем обычно  
 1 Пожалуй, эти расстройства бывают у меня чаще обычного  
 2 Да, эти расстройства бывают у меня чаще обычного  
 3 Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного
- 4  
 2 0 Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи  
 1 Пожалуй, утром оно у меня хуже, чем к ночи  
 2 Да, утром оно у меня хуже, чем к ночи  
 3 Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи
- 4  
 3 0 У меня не бывает спадов настроения весной (осенью)  
 1 Такое однажды со мной было  
 2 Со мной такое было два или три раза  
 3 Со мной было такое много раз
- 4  
 4 0 Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго  
 1 Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до  
 1 месяца  
 2 Подавленное настроение у меня может длиться месяцами  
 3 Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга. М, 1973. С. 200.

Аккерман В. И. Механизмы шизофренического первичного бреда. Иркутск, 1936. 137 с.

Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии // Журн. невропатологии и психиатрии. 1978, No 6. С. 857—862.

Ануфриев А. К. Кандинского-Клерамбо синдром // БМЭ. М., 1979. Т. 10. С. 249—255.



Ануфриев А. К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М. 1979. С. 8-14.

Аствацатуров М. И. Труды Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 1959. Т. 20. С. 152.

Байбурин А. К., Топорков А. Л. У истоков этикета. Л., 1990. 167 с.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П. Проблема алкоголизма. Новосибирск, 1973. 112 с.

Басов А. М. К вопросу о клинической самостоятельности сенестопатической шизофрении//Журн. невропатологии и психиатрии, 1980, № 4. С. 586—592.

Бассин Ф. В. Проблема бессознательного, М., 1968. 468 с.

Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М, 1980. 248 с.

Берне Р Развитие Я-концепции и воспитание / Пер. с англ. М., 1986. 422 с.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920. 538 с. Блейлер Е. Аутистическое мышление. Одесса. 1927. 81 с. Блейхер В. М. Клиника приобретенного слабоумия Киев, 1976, 151 с.

Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. М., 1984. 276 с.

Вертоградова О. П. К проблеме депрессий в общемедицинской практике//Депрессия в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984. С. 12—18.

Воробьев В. Ю. Деперсонализация//БМЭ. М., 1977 Т. 7. С. 326—329.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., 1971. 128 с.

Вяземский Н. М. Значение местного поражения головного мозга в клинике и патогенезе психических расстройств. М., 1964. 240 с.

Газин Р. Х. О влиянии некоторых фармакологических веществ на галлюцинаторные явления при острых алкогольных психозах (белая горячка и острый алкогольный галлюциноз): Дис. канд. мед. наук. Иркутск, 1958.

Гамалея Н. П. Новости медицины и медицинской техники // Экспресс-информация. 1979, № 5. С. 3—24.

Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933. 143 с.

Гаркави Н. Л. Труды психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та. 1945. Вып. 8. С. 382—390.

Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. М., 1949. 197 с.

Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954. 520 с.

Годфруа Ж. Что такое психология. М., 1993. Т. 1. С. 491, Т. 2. С. 371.

Голант Р. Я. О расстройствах памяти. Л.; М., 1935. 133 с.

Гутенева Т. С. Психопатология и динамика сенестопатий при шизофрении//Журн. невропатологии и психиатрии, 1979, № 12. С. 1703—1707.

Гутенева Т. С. Клиника шизофрении с сенестопатическими расстройствами//Журн. невропатологии и психиатрии, 1980, № 1. С. 74—78.

Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врача, Минск, 1981. 240 с.

Дубовский Д. И., Титанов А. С. Сознание//БМЭ. М., 1984. Т. 23. С. 1440—1447.

Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М., 1977. 168 с.

Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965. 320 с.

Жмуров В. А. Общая психопатология. Иркутск, 1986. 280 с.

Жмуров В. А. Клинико-психопатологическое исследование. Иркутск, 1988. 131 с.

Жмуров В. А., Цилли Е. И., Моняк А. Ф. и др. Клинико-психопатологическая структура фокальных эпилептических припадков // Современные задачи психиатрии и наркологии. Барнаул. 1990. С. 33—34.

Жмуров В. А., Цилли Е. И., Моняк А. Ф. и др. Клинические варианты осложненного опьянения у больных шизофренией, сочетанной с алкоголизмом // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья. Материалы Всесоюзн. конф. Томск, 1990. 73—75 с.

Жмуров В. А., Цилли Е. И., Апрельков Г. Н. Клинико-психологические аспекты депрессии // Эндогенные депрессии (клиника, патогенез). Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 33—36.

Завилянский И. Я., Блейхер В. М., Крук И. В. и др. Психиатрический диагноз. Киев, 1989. 311с.

Завьялов В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых // Психологический журн. 1986. No 5. С. 102—111.

Зейгарник Б. В. Патология мышления, М., 1962. 244 с.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986, 252 с.

Зеневич Г. В. Вопросы психиатрии в Большой медицинской энциклопедии // Журн. невропатологии и психиатрии, 1978, No 12. С. 1873-1877.

Иванов-Смоленский А. Г. Основные проблемы патофизиологии высшей нервной деятельности. М.: Л., 1933. 573 с.

Иванова Ф. И. Синдром «уходов и бродяжничества» в клинике пограничных состояний у подростков // Журн. невропатологии и психиатрии, 1972, No 10. С. 1525—1528.

Иванов Б. Бред и шизофрения. София, 1981. 152 с.

Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981. 206 с.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. СПб 1890 164 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. М., 1980. 448 с.

Карлов В. А. Эпилепсия. М., 1990. 336 с.

Касаткин В. Н. Теория сновидений. Л., 1967. 351 с.

Кербиков О. В. Острая шизофрения. М., 1949. 177 с.

Кербиков О. В. и др. Психиатрия. М., 1968. 448 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. Киев, 1989. 512 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Г. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера/. М., 1967. 832 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979. 607 с.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических расстройств у детей и подростков. М., 1985. 288 с.

Колесина Н. Ю. Реактивные депрессии у больных малопрогредиентной шизофренией // Журн. неврологии и психиатрии, 1981. No 4. С. 561—567.

Колотилин Г. Ф., Михайлов В. И. Клинико-катамнестическое изучение гашишизма, начавшегося в подростковом

возрасте//Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. М., 1981. С. 38—41.

Кондратенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988. 206 с.

Коркина М. В. Дистморфомания в детском и юношеском возрасте. М., 1984. 224 с.

Коркина М. В., Ц и в и л ь к о М. А., М а р и л о в В. В. Нервная анорексия. М., 1986. 176 с.

Коркина М. В. Дистморфофобия//БМЭ. М., 1977. Т. 7. С. 1027—1029.

Короленко Ц. П., Фролова В. Г. Чудо воображения. Новосибирск, 1975. 209 с.

Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л. 1978. 271 с.

Короленко Ц. П., Колпаков В. Г.//Журн. невропатологии и психиатрии, 1977, No 5. С. 765—766

Короленок В. Х. Обманы ориентации в пространстве // Проблема общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 21—32.

Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск. 1990. 224 с.

Корсаков С. С. Расстройство психической деятельности при алкогольном параличе. СПб., 1887. 462 с.

Корнетов Н. А. О типологии инициальных проявлений моно- и биполярных аффективных расстройств//Эндогенная депрессия. Тез. докл. Иркутск, 1993. С. 50—53.

Краснов В. Н. Болезненная психическая анестезия в структуре депрессий//Журн. невропатологии и психиатрии. 1978, No 12. С. 1835—1840.

Краснов В. Н. О начальных проявлениях рецидивов циркулярных депрессий // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. М, 1984. С. 103—111.

Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии / Пер. с нем. СПб, 1881. 827 с.

Кречмер Э. Медицинская психология / Пер. с нем. М., 1927. 349 с.

Краткий психологический словарь. М., 1985. 431 с.

Критчли М. Афазиология / Пер. с англ. М., 1979. 232 с

- Лакосина Н. Д. Роль продуктивных и негативных симптомов в структуре психогенных заболеваний // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1985. Т. I. С. 227—228
- Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М., 1984. 272 с.
- Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970. 222 с.
- Липкин А. И. и др. Мышление//БМЭ. 1М., 1981. Т. 16. С. 145—153.
- Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л., 1979. 335 с.
- Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. 256 с.
- Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. М., 1968. 160 с.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962. 504 с.
- Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977. 112 с.
- Макаров В. В. Развитие алкоголизма у подростков: Автореф. дис. канд. мед. наук, Новосибирск, 18 с.
- Массен П., Конджер Дж., Коган Дж. и др. Развитие личности ребенка/Пер. с англ. М., 1987. 272 с.
- Меграбян А. А. Деперсонализация. Ереван, 1962. 355 с.
- Меграбян А. А. Общая психопатология. М, 1972. 288 с.
- Менделевич Д. В. Структурно-динамический анализ вербального галлюциноза при органических психозах: Автореф. Дис. д-ра мед. наук. М., 1982. 24 с.
- Менделевич Д. М. Вербальный галлюциноз. Казань, 1980. 246 с.
- Морозов Г. В., Боголепов Н. Н Морфинизм. М., 1984. 176 с.
- Морозов В. М., Наджаров Р. А. Журн. невропатологии и психиатрия. 1956, No 12. С. 937—941.
- Морозов В. М. Дерееализация // БМЭ. М., 1977. Т. 7. С. 362—364.
- Москаленко А. Т., Сержантов В. Ф. Смысл жизни и личность. Новосибирск, 1989, 205 с.
- Наку А. Г. Аментивный синдром. Кишенев, 1970. 212 с.

Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста Учпедгиз, 1938. 328 с.

Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния М 1950 168 с.

Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М., 1975 192 с.

Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. М.; Л., 1932. 412 с.

Пивень Б. Н. Депрессивные состояния экзогенно-органической этиологии // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984. С. 39—42.

Пивень Б. Н. Экзогенно-органические депрессии // Эндогенная депрессия. Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 129—130.

Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974. 168 с.

Поляков Ю. Ф., Мелешко Т. К., Тивак В. А. и др. О связи особенностей мыслительной деятельности с типологическими характеристиками личности (на материале исследования больных шизофренией и их родственников)//Журн. невропатологии и психиатрии. 1977, No 12. С. 1838—1842.

Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков, 1941. 270 с.

Психология личности. Тексты. М., 1982. 288 с.

Равкин И. Г. Об одном особом виде тактильно-кинестетических галлюцинаций//Журн. невропатологии и психиатрии, 1940, No 9. С. 14—25.

Роговин М. С. Проблемы теории памяти. М., 1977. 181 с.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946. 704 с.

Рыбальский М. И. Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983. 304 с.

Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. М., 1983. Т. 1. 480 с. Т. 2. 544 с.

Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М., 1977. 400 с.

Саарма Ю. М., Мехелане Л. С. Психиатрическая симптоматология. Тарту, 1980. 80 с.

Семке В. Я. Истерические состояния. М., 1988. 224 с.

Сараджишвили П. М., Геладзе Т. Ш. Эпилепсия. М., 1977. 304 с.

Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1991. Том I. 80 с.

Старович Збигнев. Судебная сексология М., 1991. 336 с.

Смулевич А. Б. Бред//БМЭ. М., Т. 3. С. 1107—1118.

Снежневский А. В. Поздние симптоматические психозы. Тр. / Ин-т им. П. Б. Ганушкина. М., 1940. Т: 5. С: 156—275.

Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов // Журн. невропатологии и психиатрии. 1960, No 1. С. 91—96.

Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай. 1970. 188 с.

Соцевич Г. Н. Ипохондрические проявления при стертых формах эндогенно-психических заболеваний // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М., 1979. С. 110—115.

Сpirкин А. Г. Сознание и самосознание. М., 1972. 303 с.

Справочник по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. М., 1985. 416 с.

Сумбаев И. С. Основные типы ориентации и их расстройства // Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 10—21.

Сумбаев И. С. О психопатологии и генезисе феномена *jamais vu*//Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 84—96.

Сумбаев И. С. К вопросу о психопатологии и механизме *deja vu*//Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 97— 110.

Сумбаев И. С. Основные типы патологического мышления // Вопросы клинической психиатрии. Иркутск, 1948. С. 69—88.

Сумбаев И. С. К психопатологии и клинике деперсонализации // Вопросы клинической психиатрии. Иркутск, 1948. С. 75—85.

Сумбаев И. С. О клиническом значении болезненных предчувствий и ожиданий // Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1958. С. 13—22.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974. 320 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т. 1; 1959. Т. 2, 1965. Т. 3:

Тиганов А. С. Симптоматические психозы // БМЭ. М., 1984. Т. 23. С. 747—751.

Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения, М., 1982. 128 с.

Тиганов А. С. Маниакальные синдромы//БМЭ М., 1980 Т. 13. С. 1210-1213.

Усов М. Г., Варцаба Н. И., Стаценко А. Н. Клиника, терапия и прогноз депрессий при шизофрении у подростков // Эндогенная депрессия. Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 97—99.

Ушаков Г. К. Семиология галлюциноидов и систематика галлюцинаций.— Журн., невропатологии и психиатрии, 1969. No 7. С. 1051.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М., 1973. 392 с.

Ушаков Г. К. Галлюцинации//БМЭ М., 1976. С. 4. С. 1651—1669.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978. 400 с.

Фасмер М. Этимологический словарь русского языка. М., 1986. Т. 2. С. 220.

Франкл В. Человек в поисках смысла //Пер. с англ. и нем. М., 1990. 368 с.

Фрезер Д. Д. Золотая ветвь. М., 1986. 703 с.

Фрумкин Я. П. Психиатрическая терминология. Киев, 1939. 131 с.

Фрумкин Я. П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. Киев, 1960. 198 с.

Халецкий А. М. О контрастных формах синдрома психического автоматизма. М., 1969. С. 47—67.

Хохлов Л. К. О патоморфозе психических заболеваний // Журн. невропатологии и психиатрии, 1977, No 1. С. 67—72.

Ходос Х. Г. Нервные болезни. М., 1974. 511 с.

Цилли Е. И., Жмуров В. А., Апрельков Г. Н. и др. К вопросу о классификации депрессивных состояний // Эндогенные депрессии. Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 100—102.

Шаманина В. М. К типологии депрессий при эндогенных психозах//Журн. невропатологии и психиатрии. 1978, No 3. С. 389—397.



Шаманина В. М. Депрессивные синдромы//БМЭ. М., 1977. Т. 7. С. 331—342.

Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. М., 1949. 351 с.

Штернберг Э. Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М, 1967. 247 с.

Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977. 216 с.

Штернберг Э. Я, Пятницкий А. И., Концевой В. А. О так называемом бреде малого размаха//Журн. невропатологии и психиатрии. 1979. No 4. С. 433—437.

Шуйский Н. Г. Психоорганический синдром // БМЭ. М., Т. 21. С. 993—998.

Шуйский Н. Г. Сенестопатии//БМЭ. М., 1984. Т. 23 С. 304—306,

Эглитис И. Е. Сенестопатии. Рига, 1977. 182 с.

Ярощевский М. Г. История психологии. М., 1976. 463 с.

Beringer K. Z. ges Neurol. Psychiat., 1934, Bd. 176, s. 10—30.

Berner P. Psychiatrische Systematik. *Em* Lehrbuch. Unter Mitarbeit von K Kryspin-Exner. Verlag Hans Hu-ber. Bern-Stuttgart-Wien, 1977, s. 395.

Birnbaum K. Z. ges Neurol. Psychiat., 1915, Bd. 29. 305 s.

Bonhoeffer K. Allg. Z. Psychiat., 1904, Bd. 61, s. 744— 752.

Bonhoeffer K. Arch. Psychiat., Nerverikr., 1917, Bd. 58, s. 58—71.

Bowlby I. A. Separation anxiety//Intern. I. Psycho-anal. 1960. Vol. 41. P. 89—113.

Broen W. E., Storms L. N. Psychol Rev., 1966, vol. 73. p. 265—279.

Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. 4 unveran-derte Auflage. Stuttgart. Georg Thieme, 1979. 165 s.

Dupre E., Camus P. Dupre et Logre. Encyphale, 1907, vol 2, p. 616—631. Encyphale, 1911, vol 11, p. 210—232, 337—350, 430—450.,

Frank G. Amnestische Episoden. Berlin — Heidelberg—New-York, Springer Verlag, 1981. 122 s.

Gebattel V. E. Nervenarzt. 1937. Bd. 10, s. 169—178.

Glatzel I. Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie Klinik und Therapie Zyklotyper Verstimmungen. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1973. 205 s.

Gallup G. Self-recognition in primates//American Psychologist. 1977. Vol. 32. P. 329—338.

Goodwin D. Alcoholism: the facts. N. Y., Toronto, 1981, 129 p.

Hole G. Der Glaube bei Depression. F. Enke Verlag Stuttgart, 1977. 237 s.

Huber G. Indizieren für die Somatosen-hypothese bei den Schizophrenien. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Morz 1976, Heft 3, s. 77—94.

Huges J. et al. Nature, 1975, vol 258, p. 577—579.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1923, 458 s.

Janet P. Ann. med. — psychol., 1927, vol 85, т. 2, p. 275— 277.

Kielholz P. Фармакотерапия при депрессивном синдроме.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, 1970, с. 117—128.

Kindt H. Katatonie. Ein Modell psychischer Kindheit. F. Erike Verlag, Stuttgart, 1980. 155 s.

Klages W. Arch. Psychiat Nervenkr. 1954, Bd. 191, s. 365—383.

Kraepelin E., Lange J. Psychiatrie, Leipzig, 1927, Bd. 1.

Lange J. Zirkulärer manischen-depressives Irrsein. Allgemeiner und klinischer Teil. Zirkul. Irrsein. Leipzig, 1942, s. 1—82.

Lenz H. Nervenarzt, 1965, Bd. 36, s. 343—346.

Leonhard K- Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin. 1968, 287 s.

Lopes-Ibor J. S. Depressive equivalents (Masked depression). Bern, Stuttgart, Vienna, 1973, p. 97—113.

Maslov A. Motivation and Personality. N. Y., 1954, 382 p.

Meynert Th. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien, 1890, s. 92.

Müller Chr. Nervenarzt, 1953, Bd. 24, s. 112—115. Neisser Cl. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1888, Bd., No 19, s. 491—501.

Petrilowitsch N. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1956, Bd. 194, s. 289—301.

Petrilowitsch N., Baer R. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1967, Bd. 35, s. 558—606.

Petrilowitsch N. Синдром недостаточности при фармакотерапии депрессивных состояний.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, 1970, с. 97—100.

Peters U. H. Параноидная депрессия.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, с. 97—100.

Rumke H. C. Folia psychiat. (Amst.), 1952, vol 55, p. 203—232.

Sattes H. Paranoische Symptomatik bei der endogenen Depression.— In: Das depressive Syndrom. Hrsg. von H. Hippins und H. Seibach, Urban Schwarzenberg, Мьнchen — Berlin — Wien, 1969, 473 p.

Shachov D. Arch. gen. Psychiat., 1962, vol 6, p. 1—17.

Schdfer A. Allg. Z. Psychiat., 1880, Bd. 36, s. 214—278.

Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thime Verlag, 1976. 290 s.

Schulte W. Nervenarzt, 1961, Bd. 32, s. 314—320.

Spranger E. Lebensformen. Halle, 1922. P. 403.

Sfein L., Wise C. D. Science, 1971, vol 171, p. 1032.

Sfein L. J. Psychiat. Res., 1971, vol 8, p. 345.

Sturring E. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1933, Bd. 98, s. 465—545.

Tashev T. Fortschr. Neurol. Psychiat, 1970, Bd. 38, s. 89—110.

Wernicke C. bber fixe Ideen. Dtsch. med. Wschr., 1892, 25, s. 581.

Wieck H. H. Zur Klinik der sogennanten symptomatischen Dtschmed. Wschr., 1956, s. 1345.

Wieck H., Stacker F. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1964, Bd. 205, s. 479—512.

Verebey K et al. Arch. gen. Psychiat., 1979, vol 35, p. 877—888